FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1930-1931

THÈSE

N° 53

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1931, à 17 heures 30

par

BOURY (MAURICE)

Né le 29 Juillet 1902, à VAUX-ANDIGNY (Aisne)

Les Kystes dermoïdes du Médiastin

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. LAMBRET.

Suffragants : MM. GRANDCLAUDE, LAVIER, NAYRAC.

Imprimerie G. SAUTAI
46, Rue Gauthier-de-Châtillon, 46
LILLE

1931

Les Kystes dermoïdes du Médiastin

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1930-1931

THÈSE

N° 53

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1931, à 17 heures 30

par

BOURY (MAURICE)

Né le 29 Juillet 1902, à VAUX-ANDIGNY (Aisne)

Les Kystes dermoïdes du Médiastin

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. LAMBRET.

Suffragants : MM. GRANDCLAUDE.
LAVIER,
NAYRAC,

Imprimerie G. SAUTAI
46, Rue Gauthier-de-Châtillon, 46
LILLE

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. DUBOIS I. ✠. — Assesseur . M. E. GÉRARD (✻, I. ✠).

Clinique médicale :	MM.	CARRIÈRE (O. ✻, I. ✠) Professeur
		MINET (I. ✠),
Clinique chirurgicale :		GAUDIER (O, ✻, ⚚, I. ✠), id.
		LAMBRET (C. ✻, I. ✠), id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :		CHARMEIL (✻, I. ✠), id.
Clinique obstétricale :		BUÉ (✻, I. ✠), id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :		SURMONT (✻, I. ✠, ✠), id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :		POTEL (✻, ⚚, I. ✠), id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale		INGELRANS (I ✠), id.
Physiologie :		DUBOIS (I. ✠), id.
Anatomie :		CORDIER, (A. ✠), id.
Histologie :		DEBEYRE (O. ✻, ⚚ J, ✠, ✠), id.
Chimie minérale et Toxicologie		VALLÉE (✻, I. ✠.), id.
Chimie organique :		POLONOVSKI (A. ✠, ⚚), id.
Matière médicale et Botanique :		FOCKEU (✻, I. ✠, ✠, ✠), id.
Pharmacie et Pharmacologie :		GÉRARD (Ernest), (✻, I. ✠), id.
Zoologie médicale et pharmaceutique		DESOIL (✻, I. ✠). id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :		PAUCOT (J ✠), id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :		LE FORT (C ✻, ⚚, I ✠, O. ✠), id.
Clinique psychiâtrique :		RAVIART (✻, I. ✠), id.
Clinique médicale infantile :		PIERRET (I. ✠), id.
Thérapeutique :		DOUMER Ed. (⚚, A. ✠), id.
Médecine opératoire :		VANVERTS (✻, I. ✠), id.
Hygiène et Bactériologie :		LEGRAND (A. ✠ ✠), id.
Médecine légale :		LECLERCQ (✻, ⚚, I. ✠) id.
Hydrologie et Crénothérapie :		DUHOT (I. ✠), id.
Physique médicale :		FABRE (✻, I. ✠), id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :

MM. MORVILLEZ (I. ✠) ; P. COMBEMALE (✠ A.) ; LAVIER (⚚, A. ✠),

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM.	PAINBLAN (✻, I, ✠), chargé de cours
Clinique oto-rhino-laryngologique		M. DEBEYRE (O, ✻, ⚚, I, ✠), id.
Chimie analytique :		GIBERTON. id.
Physique pharmaceutique :		SONNEVILLE (A. ✠), id.
Parasitologie :		LAVIER (⚚, A. ✠), id.
Déontologie :		BERTIN (✻, I. ✠), id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (O. ✻, I. ✠), COMBEMALE (O. ✻, I. ✠, M), CHARMEIL (✻, I. ✠).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O.✻,I.✠), CALMETTE (C.✠), LESCŒUR (I. ✠). BAUDRY (✻. I. ✠. ✠), DEBIERRE (✻, I. ✠), DOUMER (✻, I. ✠), CURTIS (✻, I. ✠). LEMOINE (✻, I. ✠), BÉDART (O. ✻, I. ✠, ✠), COMBEMALE (O. ✻ I. ✠ M.).

Agrégés en exercice : MM. GÉRARD, M. (⚚,✻,I.✠). E. DELANNOY, (A.✠). PAQUET (⚚,I.✠) BERTIN (✻). SWYNGHEDAUW (⚚.I.✠), AUGUSTE (A.✠), GERNEZ, NAYRAC, GRANDCLAUDE (O. ✻) GIBERTON, THOMAS, PIQUET.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher ni approbation, ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Secrétaire de la Faculté de Médecine et des Sciences

A MA MERE

Témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MA SŒUR

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LAMBRET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qu'il me soit permis de lui exprimer ma respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu me faire en présidant cette thèse.

Internat 1928-1929.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur CURTIS

Professeur honoraire d'Anatomie Pathologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

Pendant six années, j'ai été votre élève. Vous n'avez cessé de me donner vos conseils, vous m'avez prodigué vos leçons, vous m'avez initié aux délicates techniques du Laboratoire. Permettez-moi de vous renouveler ici l'assurance de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé GRANDCLAUDE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Plusieurs fois déjà vous m'avez témoigné votre sollicitude, vous m'avez toujours éclairé de vos conseils ; vous m'avez donné des preuves de votre confiance : je m'efforcerai toujours de m'en montrer digne.

A Monsieur le Professeur Agrégé DELANNOY

Vous m'avez toujours accueilli avec une bienveillance dont je tiens à vous remercier ici.

A Monsieur le Professeur Agrégé LAVIER

Soyez assuré de toute ma gratitude pour l'amicale attention que vous m'avez toujours témoignée.

A Monsieur le Professeur Agrégé NAYRAC

En souvenir de notre longue collaboration au Laboratoire d'Anatomie Pathologique.

A Monsieur le Professeur INGELRANS

Professeur d'Anatomie pathologique
et de pathologie générale

A Monsieur le Professeur CARRIERE

Officier de la Légion d'Honneur

Internat 1924-25
Internat 1926

A Monsieur le Professeur LEFORT

Commandeur de la Légion d'Honneur

Externat 1923
Internat 1925

A Monsieur le Professeur COMBEMALE

Officier de la Légion d'Honneur

Internat 1928

A Monsieur le Professeur BUE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Internat 1927-1928

A Monsieur le Professeur GAUDIER

Externat 1923-1924
Internat 1925-1926

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT
MM. les Professeurs Agrégés AUGUSTE et PIQUET

A Monsieur le Docteur RAZEMON

A MES CAMARADES DU LABORATOIRE
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MM. les Docteurs CLEUET, MARCHAND,
HOUCKE et MARTIN

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes du cou ont fait l'objet de nombreuses études, mais il faut arriver à 1870 pour trouver le premier travail d'ensemble sur les kystes du médiastin.

A cette époque, Franz Riegel publia une étude assez complète de ces tumeurs.

En France, Peyrot à 1892, fait une première revue d'ensemble et Dardigniac, en 1894, rapporte 22 cas parus antérieurement.

En Allemagne paraissent 3 mémoires Pflanz 1896.

Echebom 1898 et Danschat 1903.

En 1907, Nandrot révise tous les cas parus antérieurement et arrive au total de quarante-neuf cas.

Depuis lors, il n'a été fait en France aucun travail d'ensemble, mais en 1924, Aurousseau rappelant les principales observations connues, fit à propos des kystes médiastinaux, un travail remarquabble sur les voies d'accès du médiastin.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer dans le service de notre maître M. le Prof. Lambret, un cas de kyste dermoïde et c'est à propos de cette observation que nous présentons ce travail.

Un certain nombre de nos observations sont empruntées à la thèse de Nandrot. Depuis cette époque, quelques observations ont été rapportées, nous en avons recueilli le plus grand nombre dans la littérature médicale.

Chapitre Premier

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — Gordon. — *Cas de tumeur du médiastin antérieur, contenant des os et des dents Médico-chirurgical transactions* vol. XIII, p. 12, 1825 (in Ekehorn). — M. C., femme âgée de 21 ans, bien constituée fut admise au dispensaire d'Islington le 17 juin 1822, avec les signes habituels d'une pneumonie.

Une toux irritante persista, elle était convulsive et suffocante ; elle s'accompagnait d'une expectoration d'abord muqueuse, puis purulente.

Le point de côté réapparaît, et le pouls remonte à 120.

Jusque-là, la santé avait été bonne, et la malade n'était pas amaigrie.

Deux mois, environ, après l'admission une petite tumeur ronde se voyait, au-dessous de l'extrémité sternale de la clavicule gauche, de la grosseur d'un pois. Pendant 8 semaines, la tumeur augmenta rapidement et s'éleva au-dessus de la clavicule, puis rétrocéda quelque peu.

La malade était toujours dyspnéique, et le simple fait de se mettre au lit provoquait toujours de la toux.

La tumeur resta stationnaire pendant quelque temps et il y eut quelque amélioration dans l'état de santé.

Au printemps de 1823, la tumeur s'étendit graduellement par dessus la trachée, provoquant une grande irritation et une suffocation menaçante.

Le 25 *juin* 1823, la tumeur s'ouvrit et donna issue à du liquide séreux.

L'examen avec la sonde montra que c'était un petit sac superficiel.

Le 12 *septembre* il n'y avait plus aucune trace de la tumeur.

La malade quitta l'hôpital et reprit son travail.

Le 12 *octobre*, elle fut admise de nouveau, avec fièvre et oppression sans aucune maladie locale.

Elle mourut le 20 octobre.

Autopsie. — Tumeur du médiastin antérieur étroitement attachée aux 2/3 supérieurs du sternum et à l'extrémité sternale de la clavicule droite.

Liquide dans la plèvre gauche qui n'a pas d'adhérence.

La plèvre droite était enveloppée par du tissu cellulaire épais qui unissait la tumeur aux parties environnantes.

Le contenu de la tumeur était : liquide séreux, matière sébacée, mêlée de cheveux, et à la base une masse d'apparence graisseuse que la coupe révéla être de l'os.

Dans un examen plus attentif, on découvrit un os ressemblant de bien près au maxillaire supérieur ou inférieur et sept dents : deux incisives, deux canines et trois molaires.

OBSERVATION 2. — Munz. 1839. — *Albers pathologische Anatomie, Erlauterungen, Abtheilung III*, p. 342. Borm (1833-1846) (in Ekehorn). — M. V., femme, âgée de 28 ans. Débile pendant sa jeunesse. Corps cependant bien développé.

Pendant ses premières années, elle souffrit souvent d'affections catharrales, et pendant sa quinzième année, elle remarqua qu'elle crachait fréquemment des cheveux avec du mucus après une très forte toux.

A partir de sa vingtième année les affections catharrales qui augmentaient surtout pendant les hivers en gravité et en durée devinrent consomptives.

En 1838, elle entra à l'hôpital. Continua à tousser et expectora un mucus puriforme, de mauvaise odeur, contenant fréquemment des cheveux séparés ou en paquets.

Après plusieurs semaines, l'expectoration purulente, sale, les phénomènes hydropiques, et la fièvre hectique augmentèrent, tandis que le rejet des cheveux diminuait.

Une diarrhée rebelle s'établit, et la malade épuisée et dyspnéique mourut le 12 *mars* 1839.

Autopsie. — Le lobe inférieur du poumon droit, condensé en certaines parties, présentait dans d'autres des noyaux tuberculeux ramollis.

Le poumon gauche dans sa partie périphérique avait une apparence tuberculeuse, mais il n'y avait aucune caverne.

Sur la face interne de cet organe il y avait une tumeur composée de deux kystes communiquant ; le supérieur, le plus petit, communiquait avec la bronche gauche.

La paroi du kyste ressemblait à la fois à la peau et à la membrane muqueuse.

Sur la face interne se trouvaient implantés des che-

veux dont la couleur variait du brun au rouge ; et quelques-uns étaient plus clairs que les cheveux de la tête.

Le kyste était rempli d'un liquide graisseux puriforme, contenant de nombreux cheveux.

OBSERVATION 3. — Buchner. — *Ein seltener Sectionsbefund Deutsche Klinik.* Bd. v., p. 311, 1853, in Ekehorn, Dangschat, Morris. — C. E., femme, âgée de 36 ans, entra à la clinique (de Tübingen) le 3 juin 1853. D'après les dires d'un parent, elle s'était plainte de douleurs dans la poitrine, de toux et de dyspnée pendant 9 mois.

Pneumonie en février 1853 qui la laissa avec une toux augmentée et une expectoration blanchâtre.

Cinq mois après son admission, elle eut brusquement une hémoptysie et rendit environ 3/4 de pinte de sang noir.

Depuis cette époque, la malade expectore continuellement du sang après la toux.

Etat actuel. — Environ 6 à 8 onces de crachats sanglants sont rendus dans les 24 heures.

Vomissements fréquents de matière mêlée avec du sang.

Frissons également fréquents.

Le pouls est mou et à 120.

Examen de la poitrine. — Le côté droit de la deuxième à la quatrième côte bombe légèrement, et dans son ensemble ce côté subit une amplification respiratoire moindre que la gauche.

Il y a à droite une très faible élévation et un affaissement de la proéminence, synchrones avec les mouvements du cœur.

Ce phénomène est plus évident à la palpation.

La percussion donne une matité complète du côté droit du thorax ; en avant, elle commence au bord inférieur de la deuxième côte pour aller jusqu'au diaphragme.

Vers la gauche cette matité finit brusquement le long de la ligne médiane du sternum.

A droite au contraire elle se continue graduellement avec la zone sonore située en arrière.

En arrière, le côté droit résonne bien. Le côté gauche est sonore dans toute son étendue, aussi bien en arrière qu'en avant.

L'auscultation donne une respiration bronchique et des râles ronflants dans tout le côté droit du thorax en avant. Dans la région du mamelon droit un léger souffle systolique peut être entendu.

En arrière, le côté droit résonne bien. Le côté gaumenté : cette augmentation existe dans toute l'étendue du poumon gauche.

Cœur normal.

Mort 8 jours après l'admission.

Deux ou trois jours avant la mort, on constata un souffle bronchique et de la matité au niveau du lobe inférieur droit, avec augmentation simultanée de la fièvre, et suppression de l'expectoration sanglante.

Autopsie. — Rien dans le poumon gauche.

Le poumon droit, après ablation du sternum, n'est pas visible et à sa place se trouve une tumeur blanc jaunâtre, qui partant de la 2e côte, atteint en bas le diaphragme et franchit à gauche la ligne médiane.

Le péricarde adhère à la tumeur à droite.

Cette tumeur, grosse comme une tête d'enfant, est kystique et adhère à la paroi antérieure de la poitrine.

On trouve à l'intérieur, de l'os, du cartilage, des cheveux, etc.

Le kyste est grossièrement divisé en deux parties.

La paroi de la plus grande est couverte de caillots de sang et communique directement avec la partie ascendante de l'aorte, juste au dessus des valvules semi-lunaires, tandis que le sac inférieur a perforé le lobe inférieur du poumon ; l'ouverture était de la grandeur du petit doigt.

L'hémoptysie était due à la communication du kyste avec le poumon, on ne trouvait aucun cristal de cholesterine.

OBSERVATION 4. — LEBERT. — *Beobachtungen und klinische Bemerkungen über dermoidecysten. Vierteljahrschrift für die zurich graktische Heilkunde.* Bd LX, p. 25 1858, in Ekehorn-Dangschat. — H., homme, âgé de 60 ans, chapelier, fut admis à l'hôpital de Turiet le 17 décembre 1853.

Il avait de la dyspnée d'effort depuis l'âge de 16 ans. Il toussait de temps en temps.

Dans les quelques dernières années, il avait une dyspnée constante et une toux fréquente surtout pendans l'hiver, sans qu'on pût invoquer une cause réelle.

Au début de l'automne, rhume très grave, après lequel il eut des frissons, de la fièvre, de la toux, de l'expectoration et une dyspnée considérable.

Plusieurs jours après cette exacerbation, expectoration copieuse, teintée de sang.

Lors de son admission, le malade était peu amaigri.

Cyanose des lèvres et des joues. Thorax large ; espaces intercostaux distendus ainsi que les fosses susclaviculaires, surtout la gauche.

Percussion en avant. — Tympanisme. Pas de matité cardiaque.

Auscultation. — Respiration faible en avant et en arrière.

Râles crépitants en avant en certains points.
Râles muqueux en arrière, des deux côtés, en bas.
Toux fréquente et pénible.
Expectoration n'est pas sanglante.
Veines du cou turgescentes.
Extrémités inférieures légèrement oedématiées.
Orthopnée nocturne.

Le 5 janvier 1854, la dyspnée atteignit une violence considérable.

Collapsus et *mort le soir.*

Autopsie. — Emphysème considérable des deux poumons. Entre ces deux organes, et par dessus le cœur, se trouvait une grosse tumeur nodulaire qui adhérait lâchement au péricarde.

La masse avait 7 centimètres de long et de large, et 4 cm. 5 d'épaisseur.

A l'ouverture de cette tumeur, il s'échappa une pulpe jaune pâle.

Cette tumeur comprenait une large cavité avec de plus petits kystes communiquant avec elle.

Sur la face interne du kyste se trouvaient des excroissances polypoïdes formées de cartilage.

A certains endroits, cette surface était revêtue d'épithélium pavimenteux, à d'autres d'épithélium cylindrique.

Il n'y avait pas de cheveux.

Le foie était refoulé vers le bas, sans augmentation de volume.

OBSERVATION 5. — Cordes. — *Dermocystoïd in mediastinum anticum* (Virchows. *Archiv.* Bd. XVI, p. 290, 1859), in Morris. — J., 26 ans, fusillier.

Sauf des crises d'asthme de temps en temps, il avait toujours été bien portant jusqu'à ce jour.

Le 25 août 1859, il tomba brusquement malade avec une céphalée violente, de la fièvre, une douleur intense dans la région lombaire.

Il y a du collapsus, avec un pouls petit, intermittent et de la dyspnée.

Examen. — La nutrition est assez bonne.

Le malade se plaint de dyspnée et de douleur dans les régions stomacale et rétro-sternale. Température normale, pouls fréquent, inégal, 48 respirations par minute, elles sont peu profondes.

Vomissements, fréquents et copieux.

La matité cardiaque, en forme de petit quadrilatère de trois pouces carrés, s'étend sous le sternum.

Les bruits du cœur sont faibles mais nets. On fait le diagnostic de catharre aigu de l'estomac et de péricardite avec épanchement.

En peu de jours les symptômes devinrent moins graves.

Le 5 septembre, le malade se plaignit de toux ; il eut une expectoration peu abondante, claire, glaireuse, adhérente.

L'auscultation et la percussion des poumons ne donnèrent rien.

L'épanchement péricardique augmenta graduellement pendant les quelques jours qui suivirent avec *dyspnée* et oedème progressif des membres inférieurs. Jusqu'à la mort survenue le 16 octobre, les symptômes mentionnés augmentèrent graduellement.

La toux devint très rude, tandis que les mouvements respiratoires devenaient moins nombreux.

Les crachats étaient tachés de sang frais, très adhérents, légèrement spumeux : le malade expectorait environ deux onces par 24 heures.

Autopsie. — Péricarde largement distendu avec compression des poumons. Il contenait un liquide vert,

modérément clair, sur lequel flottait une quantité considérable de flocons jaunes.

Ces derniers étaient graisseux et se montraient identiques au contenu de la tumeur qu'on décrira ci-dessous.

Dans le médiastin antérieur on trouvait une tumeur, grosse comme le poing d'un homme, reposant sur l'aorte ascendante, la crosse de l'aorte, une partie de l'aorte descendante et sur la bifurcation de la trachée.

En bas, elle atteignait la base du péricarde ; à gauche, le milieu du poumon gauche ; à droite, le péricarde.

Elle était entourée d'un sac qui adhérait au péricarde et au tissu cellulaire entamant les gros vaisseaux et la trachée.

Ce sac contenait une substance graisseuse, jaune soufre, qui comprenait des cheveux, et à l'examen microscopique, de l'épithélium pavimenteux, et des cellules cartilagineuses rondes.

De petits cheveux étaient implantés sur la paroi interne du kyste.

De la partie supérieure gauche du sac partait un prolongement d'environ deux pouces ½ de long et 3/4 de pouce de large ayant un contenu semblable à celui du kyste principal : il communiquait avec le péricarde.

On ne trouvait pas de liquide péricardique dans la tumeur ; le kyste mesurait 10 centimètres de long, et 5 de large.

Des glandes sébacées, des follicules pileux et de l'os étaient aussi dans la paroi.

OBSERVATION 6. — Collenberg (*Zur Entwickelung der Dermoid kysten*) (*Inaug. Dissert.* Breslau, 1869) in Morris (Rapporté aussi par Waldeyer (*Dermoid kystem des vorderen mediastinalrinnes. Archiv. fur klinische. Chirurgie* Bd. XII, p. 843

(1871). — A. M., homme, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital le 28 décembre 1867 avec les signes d'une pleuro-pneumonie de la base du poumon droit.

Il était très cyanosé et dyspnéique.

Température élevée, pouls petit, irrégulier, intermittent.

Faiblesse générale considérable.

Mort 10 jours après l'admission avec les signes d'oedème du poumon.

Autopsie (Waldeyer). — Cadavre grand et bien musclé. Quand on eut enlevé le sternum, une tumeur fluctuante, un peu plus grosse qu'une tête d'enfant, se présenta dans la moitié inférieure droite du thorax. Elle semblait calcifiée par places, et adhérait lâchement à la paroi thoracique antérieure.

La tumeur s'élevait au-dessus de la sixième côte, et reposait sur le diaphragme.

La pointe du cœur est dans le sixième espace, presque sur la ligne axillaire antérieure.

Le poumon droit est refoulé en arrière par la tumeur.

Elle est entourée par la plèvre, et est unie au lobe droit du corps thyroïde par une bande étroite constituée : 1° par une branche de l'artère thyroïdienne inférieure et de deux veines, également tributaires de la veine thyroïdienne inférieure.

2° Par un cordon étroit de tissu glandulaire.

3° Par le muscle sterno-thyroïdien droit et par du tissu graisseux.

La masse de la tumeur est kystique, le contenu mi-solide, mi-liquide.

Cette dernière partie n'est qu'une simple inclusion de graisse contenant des follicules solides formées de cellules pavimenteuses et de débris cellulaires.

Des cheveux, en général isolés, se voient aussi.

Microscopiquement la paroi renferme du tissu conjonctif et de l'épithélium pavimenteux stratifié avec des glandes sébacées.

OBSERVATION 7. — Villard, 1869 (cité par Dardignac). — Femme âgée de 55 ans : entra à l'hôpital St-Antoine le 9 octobre 1869, et mourut peu de jours après.

L'autopsie révéla une tumeur de la grosseur d'une noix volumineuse, placée entre les feuillets pleuraux à droite.

Elle reposait sur le diaphragme et adhérait à la paroi thoracique. et à la base du poumon droit.

C'était un kyste.

La paroi en était calcifiée sans traces de glandes.

La face interne était couverte par des couches d'épithélium corné.

Dans le kyste, on trouvait une substance molle et friable formée de graisse et de cristaux de cholestérine, de nombreuses petites gouttes de graisse, de quelques cellules rouges, du sang et une substance ressemblant à de l'épithélium pavimenteux altéré. Pas de cheveux.

OBSERVATION 8. — Pœhn. — *Dermoïdcysten des mediastinum anticum Inaug. Diss.* Berlin 18è1 (in Morris et Dangschat). — B., homme, âgé de 34 ans. Bien portant jusqu'à l'été de 1866, date à laquelle il commença à avoir de fortes douleurs lancinantes dans l'épaule droite et la partie supérieure du bras.

Ces douleurs diminuèrent graduellement d'intensité, mais réapparurent dans l'été de 1867 avec exacerbation.

Les deux années qui suivirent, le malade fut bien portant, puis les douleurs réapparurent, il y eut en outre de la douleur à la pression au-dessus de l'*articulation sterno-claviculaire droite.*

Bientôt une tumeur pulsatile se développa dans cette région.

Dans les années suivantes, elle augmenta d'une façon lente mais progressive et les douleurs dans le bras droit persistèrent, en s'accompagnant de symptômes paralytiques.

L'état général resta bon malgré tout cela, et le malade ne fit aucune modification à son genre de vie.

En 1870, on nota de la douleur dans la région sterno-claviculaire gauche, avec de la parésie du bras gauche.

Une tumeur pulsatile se développa également dans cette région.

La tumeur du côté gauche commença à croître rapidement, spécialement vers le bas, en mars 1871.

Des douleurs névralgiques intenses et des signes de parésie plus marquée apparurent dans le bras gauche.

Il n'y avait aucun signe de compression.

Le malade resta dans cet état jusqu'au milieu de juillet, époque à laquelle il fut admis à la clinique de Langenbeck à Berlin.

Examen le 14 juillet 1871. — Etat général bon.

Le cou présente deux tumeurs dont la surface est lisse ; la peau est mobile au-dessus de la droite ; un peu plus mince, rougeâtre et adhérente au niveau de la gauche.

Le thorax est symétrique ; l'expansion égale des deux côtés ; la pointe du cœur est dans le sixième espace juste en dehors de la ligne mamelonnaire.

Dans les deux tumeurs il y a des pulsations synchrones avec le pouls radial : des ondes de fluctuation portent d'une tumeur dans l'autre. — La matité cardiaque

est située entre la ligne para-sternale gauche et la ligne *mamelonnaire*. Bruits du cœur normaux.

L'auscultation des deux tumeurs est négative. On fait le diagnostic de kyste, sans préciser.

Le 14 *juillet*, on ponctionna avec un trocart qui donna quelques gouttes de pus. On fit alors une incision qui évacua d'abord du pus, puis une masse épaisse, graisseuse, contenant de nombreux cheveux bouclés, longs et courts.

Sous le microscope le contenu se révèla comme étant constitué par de la graisse à l'état amorphe et en gouttelettes, un petit nombre de cristaux de cholestérine et des morceaux d'épiderme (après action de l'alcali).

OBSERVATION 8. — Virchow. — *Seltenere Beabachtungen : II. Teratoma myomatades mediastin* (*Virchow's Archiv*. Bd. LIII, p. 444, in Dangschat-Morris), 1871. — E. K., artilleur, *âgé de* 22 *ans*, fut admis à l'hôpital le 6 avril 1870.

L'état général était excellent.

Pendant quelques semaines le malade s'était plaint de frissons fréquents le soir, de dyspnée, de douleurs en coup de poignard à la partie antérieure droite du thorax et près de l'omoplate droite.

Il se plaignait en outre de toux légère et d'expectoration muqueuse.

Etat actuel. — Expansion thoracique un peu diminuée à *droite*.

Thorax symétrique.

La percussion donne une matité absolue à droite, partant du bord inférieur de la troisième côte, allant rejoindre la matité hépatique, et à gauche celle du cœur.

Le bord supérieur de la matité part obliquement de

la troisième côte, et se dirige en bas, en arrière et en dehors, vers l'angle inférieur de l'omoplate.

Au niveau de la matité, il n'y a aucun bruit respiratoire ; en arrière, au-dessus de la matité le murmure vésiculaire est rude.

Frémitus vocal manque à droite, en avant et en arrière.

L'examen du poumon gauche et du cœur est négatif.

Le bord inférieur du foie dépasse le rebord costal sur la ligne mamelonnaire de deux travers de doigt.

Température normale, pouls légèrement accéléré.

Dyspnée. Sensation d'oppression.

La douleur augmenta pendant que la maladie progressait. Pendant le mois de mai, une tumeur se développa à l'extrémité de la troisième côte, et atteignit le volume d'un petit poing.

L'aire de matité, à droite, augmenta graduellement et le côté droit de la poitrine devint plus large.

Le 27 mai, apparition d'un œdème dans l'aisselle droite, œdème qui bientôt s'étendit sur tout le côté droit et sur tout l'abdomen. *Pas de fluctuation.*

La mort eut lieu le 14 juin après une maladie d'environ 2 mois.

Autopsie. — Emanation marquée de cadavre.

Sur la troisième côte gauche, tumeur élastique. La masse est formée d'un tissu lâche et contient des caillots de sang.

En ouvrant le thorax, on trouve une très grosse tumeur à la place de l'épanchement attendu ; il occupe la plus grande partie de la moitié droite du thorax, s'étendant même à gauche de la ligne médiane.

La tumeur adhère au lobe inférieur droit, au péricarde, aux gros troncs artériels et veineux.

A l'intérieur de la masse, on trouve plusieurs kystes, dont le contenu est variable : cheveux, morceaux d'épiderme, plaques de cholestérine et gouttelettes de graisse ; par endroit du muscle strié et du cartilage.

Quelques parties de la paroi présentent l'apparence du sarcome, d'autres celle du carcinome ; on retrouve le même aspect dans la tumeur annexée à la troisième côte.

La face présentait plusieurs nodules durs à sa surface et dans sa substance.

Rate augmentée de volume. Plusieurs kystes à sa surface ; les plus grands étaient de la grosseur d'une noix avec du liquide sanglant comme contenu.

OBSERVATION 10. — Kuckmann. — *Anlegung einer kunstlicher egstenfistel zur Heilung einer Hassbalggeschwulst im Mediastinum* (*Inaug. Dissert.*, Marbourg, 1874). Cité par Ekehorn Dangschat et Morris. — Homme âgé de 33 ans qui jusqu'à 29 ans eut une excellente santé.

En mars 1872 il eut des douleurs dans l'épaule gauche.

Bientôt il remarqua qu'une tumeur qui croissait lentement, mais régulièrement, se développait à la face antérieure du cou, du côté gauche.

Lors de son admission à la clinique de Marbourg, la masse avait la grosseur d'un œuf d'oie, repoussait l'extrémité sternale de la clavicule en avant et donnait de la fluctuation. *Dyspnée marquée.*

Une ponction exploratrice donna un liquide jaune brun avec de petites particules de graisse et de l'épithélium pavimenteux. On fit le diagnostic de kyste dermoïde. Par l'incision, un liquide purulent fut évacué : il contenait des cheveux séparés et en touffes, le doigt

pouvait être enfoncé à travers l'ouverture jusqu'à la deuxième côte sous le sternum.

Le drainage fut maintenu.

Peu de temps après, le malade eut deux attaques de pneumonie, pendant lesquelles il expectora une grande quantité de crachats d'odeur fétide et renfermant des cheveux.

Le drainage étant insuffisant on fit à travers le sternum une ouverture de 2 à 3 centimètres.

L'état du patient fut grandement amélioré ; l'expectoration diminua ; l'odeur putride fit de même et il sortit de la clinique. Il revint en février et nous dit que pendant 4 mois il avait été tout à fait bien, il n'y avait plus de toux. L'examen avec une sonde montra que le sac était en réalité beaucoup plus petit et très mobile ; mais le fait que la partie contractée du kyste paraissait avoir un prolongement à droite et en bas et qu'on ne pouvait pas exactement établir sans une observation plus longue, si la communication n'existait plus avec la bronche, ou si l'ouverture n'était fermée que par un mécanisme de clapet, fit repousser l'opération demandée par le malade.

On ne sait plus rien sur l'évolution ultérieure, le malade n'étant pas revenu.

OBSERVATION 11. — Foa. — *Ciste ateromatosa del mediastino in im'alienata cronica emofiliaca. Il morgagni giornale Indirizzato al Progresso della medicina*, XVI, p. 498, 1874, in Morris. — B. B., femme, âgée de 61 ans. Aucune maladie antérieure sauf une fièvre intermittente pendant 14 ans.

Elle avait eu de la myodynie et une pleurésie et elle avait une tendance marquée aux hémorragies, même après la plus légère éraflure de la peau. Ni palpitation, ni dyspnée.

Pendant les dernières semaines elle avait eu de l'œdème des pieds et des jambes. La mort fut provoquée par une pneumonie.

Autopsie. — Le poumon droit dans son entier, montrait de l'hépatisation rouge. Entre le péricarde et la plèvre viscérale au niveau du 1/3 inférieur du lobe inférieur du poumon droit, il existe une masse blanche, brillante, adhérant lâchement à la plèvre, au péricarde et au médiastin postérieur.

La tumeur était petite, ronde, de consistance pateuse, et, à la coupe, une grande quantité de substance *jaune* en grumeaux s'en échappa. Microscopiquement ces grumeaux étaient formés de nombreuses cellules épithéliales plus ou moins dégénérées, de gouttelettes de graisse, et de quelques cristaux de pigment.

La paroi du kyste était couverte d'un épithélium pavimenteux.

OBSERVATION 12. — Smythe. — *Dermoid Cyst of Lung. The American Practioner.* Vol. XIX, p. 313, 1879, in Morris. — Le 31 janvier 1879, une femme inconnue mourut dans un hôtel, où elle n'avait fait qu'un séjour de quelques heures.

On ne put obtenir aucun renseignement.

On apprit seulement qu'elle semblait épuisée ; qu'elle respirait avec une grande difficulté et qu'une toux paroxystique la faisait cruellement souffrir.

Les mains et les lèvres étaient d'une couleur livide ; et elle avait raconté que depuis 8 ans elle souffrait de ce que les médecins appelaient consomption.

Autopsie. — Femme de 30 à 35 ans, légèrement émaciée.

Les lobes moyen et inférieur du poumon droit sont hyalins.

Epanchement séreux modéré de la plèvre gauche.

La partie supérieure du côté gauche de la poitrine était entièrement remplie par une masse qui s'étendait en bas jusqu'au bord inférieur de la sixième côte et atteignait la ligne médiane.

La tumeur était kystique et sur sa paroi étaient implantés des cheveux dont quelques-uns avaient 15 pouces de long : ils se mêlaient intimement au contenu sébacé qui avait à peu près la consistance du fromage de Hollande.

Dans la paroi épaisse du kyste, se trouvait un os véritable, bien régulier, en forme de fer à cheval et pesait 120 grains.

OBSERVATION 13. — MARCHAND. — *Beiträge zur kenntniss der Dermoidgeschwülste. Zweiundzwanzigster Bericht der oberhessischen Gesellschaft für Natur und Heilkunde*, p. 235. Giessen, 1883 (Cité par Ekehorn et Dangschat) in Morris. — Femme âgée de 27 ans, mariée, en bonne santé, eut soudainement une pneumonie du lobe inférieur gauche ; un épanchement pleural se développa du côté gauche et augmenta graduellement.

Le lobe supérieur s'infiltra aussi.

En outre il y eut un petit exsudat à droite, et finalement une péritonite qui amena la mort.

Autopsie. — A la partie supérieure du médiastin existe une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, ronde, tendue, qui s'étend de la deuxième côte à la cinquième et à gauche au delà du bord sternal et remplit entièrement la partie antéro-supérieure de l'espace pleural droit.

La tumeur est kystique et adhère au lobe supérieur du poumon droit.

Le cœur est refoulé en bas et à gauche.

Dans le poumon gauche, il y a de la compression avec une hépatisation récente.

La paroi du kyste est formée d'un tissu fibreux résistant, calcifié en plusieurs endroits ; la face interne lisse, présente plusieurs proéminences recouvertes de nombreux cheveux blonds.

Le kyste contient un ½ litre environ d'un liquide jaune brillant très trouble présentant des grumeaux et des fragments plus épais sur lesquels sont insérés des cheveux.

De la surface externe du kyste, partent deux prolongements ayant la forme d'une langue qui passent le long de la face antérieure de la trachée pour presque atteindre le bord inférieur du corps thyroïde.

Ils paraissent graisseux, et au microscope, l'examen donne l'aspect du thymus.

OBSERVATION 14. — Butlin (Paget). — *A system of Surgery by Holmes and Hulke*, 1883, vol. II, p. 259, in Morris. — « J'ai vu dernièrement un de ces kystes dermoïdes situé profondément derrière la première pièce sternale chez un jeune homme (qui fut amené à Sir John Paget), et chez qui il avait commencé à croître à l'époque de la puberté.

Il contenait des amas de tissu conjonctif, recouverts de peau et de cheveux clairs et sous la peau se trouvaient de nombreuses glandes sébacées.

Le kyste fut ouvert par Taylor (de Caltishall). Les parties solides furent enlevées et la cavité se combla par bourgeonnement ».

OBSERVATION 15. — Pinders. — *Uber Dermoidcysten des vorderen Mediastinums. — Inaug Dissert. — Bonn.* 1887. *Egalement dans Fenkler et Ribbert*

(*Berliner klinische Wochenschrift*) Bd. XXIV, p. 250, 1887, in Dangschat. — *Autopsie* faite par le professeur Ribbert (1885).

Le médiastin antérieur était occupé par une tumeur qui touche solidement le sternum de la première à la cinquième côte, ne laisse libre le péricarde que sur une largeur de deux doigts, et est solidement soudée à gauche à la deuxième.

La tumeur est en outre solidement unie au segment antérieur du lobe supérieur pulmonaire gauche et s'est accrue dans le tissu pulmonaire formant un tissu de la grosseur du poing de bouillie fromageuse et de curieuse forme. Le cœur est entièrement repoussé en bas, le ventricule droit presqu'entièrement horizontal.

A la surface de section du lobe supérieur pulmonaire gauche, se trouvent au sommet des nodules isolés, gris blanchâtre, d'où rayonnent dans le poumon quelques tractus cellulaires.

Dans le lobe supérieur droit, il y a un noyau de tumeur gros comme une noix, qui ressemble à celui du lobe gauche.

La tumeur principale se compose d'un lymphosarcome central ramolli, la partie inférieure droite de la tumeur est occupée par un kyste dermoïde qui a une paroi dure, fibreuse, en partie calcifiée et un contenu de graisse molle.

OBSERVATION 16. — Pinders. — *Ibidem*, *in Dangschat*. — Homme de 53 ans, mort de paralysie bulbaire. On trouva à l'autopsie, entre le péricarde et la bronche gauche, une tumeur encapsulée de la grosseur d'un œuf d'oie avec une coque dure, en partie calcifiée. La tumeur qui refoule le cœur à

droite, a 10 cm. de long, 5 cm. de large et représente un kyste dermoïde.

A la partie postérieure est adjoint un tissu mou dont la plus grande quantité est située à l'extrémité inférieure du kyste. Ce tissu se détache en haut de la périphérie et s'étend sur l'extrémité supérieure du kyste jusqu'à l'ouverture supérieure du thorax, où il est difficile de le délimiter du tissu graisseux.

Ce tissu mou donne microscopiquement l'image du thymus, mais non les corpuscules stratifiés caractéristiques.

Pinders se croit autorisé, malgré l'examen microscopique peu probant, à reconnaître une origine thymique au kyste dermoïde.

OBSERVATION 17. — Loewenmayer. — *Demonstration eines Präparats* (*Dermoïdcyste des Mediastinums*). *Berliner klinische Wochenschrift*). Bd. XXV (in Dangschat), p. 135, 1888. — Homme, entre à l'hôpital en 1884 à la suite d'une hémoptysie et d'une pleurésie gauche avec léger épanchement.

Il y avait voussure du côté gauche de la poitrine et sur celle-ci matité qui s'étendait de la clavicule à la sixième côte environ.

Choc du cœur non perceptible à gauche, par contre ébranlement du côté droit et pulsations à l'épigastre.

Diagnostic. — Tumeur de la cavité thoracique gauche.

Malgré un travail pénible pendant les trois dernières années, le malade se sentit assez bien.

Au début de janvier 1888, il eut des crises de très violente dyspnée qui l'obligèrent à rentrer de nouveau à l'hôpital.

La mort arriva à la suite de cette dyspnée, augmentant constamment, et de cyanose.

Autopsie. — Montre une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant à paroi lisse, tendue, qui était un kyste dermoïde.

Le kyste occupait la plus grande partie de la *moitié du thorax ; touchait* librement le *thorax en avant*, était intimement adhérent avec le *péricarde situé à droite*, le diaphragme et le poumon gauche.

Le cœur, adhérent au feuillet pariétal du péricarde, touchait par sa pointe, l'extrémité inférieure du sternum.

La veine innomminée droite située sur la face antérieure de la tumeur, était thrombosée et imperméable dans le territoire de l'adhérence.

La partie antérieure plus grasse du sac formait une cavité qui était entièrement remplie de productions dermoïdes (épiderme, cheveux, graisse).

A la face antérieure du sac, étaient implantés quelques mamelons traversés de morceaux de cartilage.

Tout près du bas, un large pont passait d'un côté à l'autre ; sous ce pont quelques diverticules et recessus; en arrière, dans une partie plus épaisse de nombreux petits kystes muqueux fermés qui, recouverts à l'intérieur d'épithéliums vibratils, formaient des groupes plus petits et plus grands.

La partie extérieure de la tumeur se présente donc comme un simple kyste dermoïde, l'intérieur est aménagé avec une muqueuse à la façon de l'appareil respiratoire.

OBSERVATION 18. — Sangalli. — *Grossa ciste calloïda composta del polmane destro con peli, glande sebace e lamine osse nelle sue pareti. Rendicanti*

del R. instituto Lombardo. — Série II, vol. XXI, p. 662. — Cité par Pflanz, Ekehorn, Morris. — Une femme âgée de 50 ans, mourut en 1880 après une longue maladie pendant laquelle le médecin qui la soignait avait posé le diagnostic de tuberculose pulmonaire chronique avec grand épanchement séro-fibrineux de la plèvre droite.

Autopsie. — On ne trouve ni tubercules, ni épanchement pleural.

La moitié droite du thorax est occupée par une grosse tumeur qui a comprimé fortement le poumon droit.

La tumeur adhère au lobe moyen du poumon droit et s'étend en bas vers le diaphragme.

C'est un kyste multiloculaire à contenu sanglant, athéromateux, dans lequel se trouvent de nombreux cheveux longs très fins. Dans la paroi se voient des cheveux, des follicules pileux, des glandes sébacées, de l'os et du cartilage.

(De l'épithélium pavimenteux tapisse le kyste).

OBSERVATION 19. — Buyvid. — *Fibrome médiastino-péricardique, adhérence du cœur au péricarde et kyste dermoïde. Medizinskoyé Obozrenié Mosk.* XXXII, p. 97, 1889. In morris. — E. K., homme âgé de 23 ans, cosaque, entre à l'hôpital le 13 décembre 1888, avec diagnostic de pleurésie.

Le 23 février 1889, le malade fut renvoyé de l'armée pour anasarque ; il rentre à l'hôpital le 4 mars 1889.

Examen. — Respiration rude à gauche dans l'aisselle.

23 *mars.* — On note de l'ascite ; une dyspnée considérable et de l'œdème des pieds. Crachats sanglants. Douleurs dans la région du cœur et dans la poitrine en avant et en arrière.

30 *mars*. — Epanchement considérable dans le péricarde et la plèvre.

Pointe du cœur non perceptible à la palpation.

Dyspnée extrême. Face œdématiée et cyanosée. Orthopnée, ascite considérable. Mort le 3 avril 1889 dans un accès de violente dyspnée.

Autopsie le 4 avril. — La face postérieure du sternum adhère aux tissus sous-jacents.

Grande quantité de liquide dans la cavité pleurale gauche.

Pleuro-pneumonie gauche.

En avant. — La cavité thoracique est occupée entièrement par une tumeur sacculaire qui a été coupée accidentellement dans l'ablation du sternum.

La tumeur adhère étroitement au poumon gauche et à tous les organes du médiastin, spécialement au cœur.

La moitié droite de la tumeur est un kyste dermoïde de la grosseur de deux larges poings qui contient deux verres d'un liquide épais, granuleux, jaune, graisseux avec de nombreux grumeaux de la grosseur d'un pois à un œuf de poule.

Toutes ces masses rondes contenaient des cheveux.

Le microscope révèle la présence d'épithélium pavimenteux, de cholestérine, de graisse et de débris.

Des bandes fibreuses partent du kyste pour enlever les gros vaisseaux, les bronches et en partie l'œsophage.

OBSERVATION 20. — Godlee. — *Dermoïd cyst of the Right Side, of the chest communicating with, a Branchus* (*Medico Chirurgical Transactions*, in Ekehorn-Dardignac, Morris, etc. London), LXXII, p. 317, 1889. — Madame C..., 29 ans, n'a souffert d'aucun symptôme imputable à la poitrine, pen-

dant son enfance, sauf qu'elle a eu un peu de gêne respiratoire auparavant.

Le début de la maladie fut soudain et se traduisit par une douleur aiguë dans le côté droit de la poitrine en mai 1886, suivie rapidement par l'apparition d'une pleurésie droite aiguë avec épanchement.

Ce dernier se transforma en empyème.

La ponction fut différée, mais le diagnostic fut confirmé par l'ouverture de la poche dans les bronches.

La toux et l'expectoration diminuèrent, mais ne disparurent jamais complètement.

Il y eut dès ce moment un léger œdème des doigts.

La malade fut vu par l'auteur, en premier lieu en juin 1887.

A cette époque on constata :

Un léger œdème dans l'aisselle droite.

Le centre de cet œdème était un peu tendu.

La douleur, à la pression, était vive dans la région sous-claviculaire.

La percussion donnait à la base une matité à contours particuliers (voir fig.).

Elle était plus marquée dans l'aisselle, mais elle s'étendait jusqu'à la ligne médiane en avant, et à cet *endroit atteignait* le niveau de la troisième côte ; mais en arrière elle était limitée d'une façon brusque par une ligne *courbe* se dirigeant de bas en haut, et par une ligne verticale allant jusqu'à l'angle de l'omoplate.

Au niveau de la matité, on n'entendait rien ou peu de chose.

Le malade fut anesthésié, et avec un trocart explorateur du pus fut retiré « à l'endroit tendu », juste en dehors du mamelon dans le sixième espace.

Une partie de la côte et du feuillet pleural furent incisés et on trouva une petite cavité dont s'échappa environ une once de pus.

Sous la plèvre on sentit une masse ronde, ferme,

que l'on pensa être un morceau du poumon adhérent à la paroi thoracique.

L'expectoration cessa.

Un écoulement épais, séro-purulent, persista, et le drainage fut difficile.

La malade avait en toussant rendu deux poils après l'opération, et un ou deux avaient été trouvés sur le drain.

Ils ressemblaient aux poils de l'aisselle qui avaient été rasés.

La malade raconta alors qu'elle avait par deux fois rendu un cheveu en toussant : cheveux qu'elle croyait à cette époque avoir avalés.

Le 9 *août* 1887, l'ouverture fut élargie. On enleva environ deux poignées de cheveux et de matière graisseuse.

Alors on remarqua des formations étranges, blanches, ressemblant à des doigts qui n'étaient que des masses épaisses de tissu fibro-cellulaire recouvert de peau sur laquelle poussaient les cheveux.

Un drain fut introduit, et l'écartement devint plus abondant.

Le 20 *septembre* 1887, l'ouverture fut de nouveau agrandie.

Trois formations ressemblant à des doigts furent enlevées. On vit que la cavité s'étendait directement jusqu'au sommet du thorax et que la paroi du kyste était unie intimement au poumon et au diaphragme.

L'ablation du kyste fut considérée comme trop dangereuse.

L'amélioration post-opératoire fut rapide.

L'écoulement restait toujours abondant et avait une odeur aigre.

L'ouverture que l'on avait voulu faire large diminua

d'une façon telle que l'on pouvait à peine placer un très petit drain.

L'expectoration montra que l'ouverture de la bronche persistait.

Une lettre de M. Godlee écrite le 2 novembre 1904 fournit les renseignements suivants :

Le malade mourut le 26 octobre 1891, de pyémie, c'est-à-dire 4 ans après la première opération, après une semaine de maladie.

OBSERVATION 21. — Kœnig. — *Lehrbuch der speciellen Chirurgie.* Bd. II. p. 45, 1889. — Roser incisa un kyste dermoïde qui bombait dans la fosse suprasternale et plus bas trépana le sternum pour obtenir l'évacuation du contenu (in Morris). — White. — *Dermoïd cyst. attached to the front. of the pericardium* (*Transactions of the pathological society of London.* Vol. XLI, p. 283, 1889-90). — Le spécimen consiste en un kyste dermoïde ayant environ la grosseur d'une grosse orange de Tanger.

Il était attaché à la face antérieure et droite du péricarde et par quelques adhérences au poumon droit.

Il était rempli d'une substance d'un jaune sale, renfermant de la cholestérine et des globules huileux.

Il y avait aussi une grande quantité de matière sébacée solide et quelques cheveux qui paraissaient seulement attachés à l'intérieur du kyste.

OBSERVATION 22. — Marfan. — *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1891, p. 324. — *Kyste dermoïde du médiastin antérieur. Mort par tuberculose aiguë.* — Le 17 *juillet* entre à Necker un cocher de 30 ans.

Depuis quelques jours, le malade a des nuits très

agitées et le médecin qui l'envoie, attribue à l'alcoolisme les insomnies et les hallucinations nocturnes qu'il présente.

A l'entrée. — Malade un peu abattu, et l'on constate surtout les signes d'un embarras gastrique des plus nets.

La température est normale, et reste telle jusqu'à la mort.

Examen. — Poumons, 0.

Cœur. — Battements faibles, mais réguliers. Du 17 au 22 juillet même état. Le 22 juillet, agitation et délire ; le 23 juillet coma avec inégalité pupillaire très marquée et pouls ralenti (55-60). Mort dans la nuit du jeudi au vendredi.

Autopsie pratiquée le 25 juillet. — En ouvrant la cage thoracique, on constate qu'il existe derrière la portion supérieure du sternum, en avant des gros vaisseaux de la base du cœur, une masse blanchâtre du volume des deux poings.

Après incision, cette masse laisse voir de nombreux poils blancs et une matière sébacée très épaisse. Il s'agit d'un kyste dermoïde.

Ce kyste occupe exactement la portion supérieure et juxta-sternale du médiastin antérieur.

Il remplit une cavité ayant pour limite inférieure : la face antérieure du péricarde ; pour limite postérieure les gros vaisseaux de la base du cœur, pour limite supérieure du cou, et antérieure le sternum et les côtes satellites.

Tumeur bien isolée des organes voisins.

Quelques adhérences seulement avec le bord antérieur des poumons.

Il n'y a adhérence interne qu'avec la face antérieure du péricarde.

Aucune lésion au niveau des organes situés dans le voisinage du cœur et il n'y avait qu'une compression modérée de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Paroi du kyste très mince, 1 à 2 mm. d'épaisseur.

Surface interne, inégale, raboteuse.

La cavité est uniloculaire, elle renferme uniquement de la matière sébacée et des poils blancs assez nombreux et assez longs dont quelques-uns s'insèrent sur la paroi.

L'examen microscopique de la paroi, fait en divers points, ne nous a montré que du tissu conjonctif fasciculé revêtu par un épithélium.

L'épithélium faisait défaut même dans les points, où la paroi présentait des poils ; d'ailleurs en y regardant de près, on s'aperçoit que ces poils sont simplement passés à travers la couche superficielle dégénérée de la paroi comme un fil qui y aurait été passé avec une aiguille.

Outre ce kyste dermoïde pilo, sébacé, l'autopsie nous montre des lésions tuberculeuses diverses.

Granulations grises au niveau des sommets.

Ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Foie et rate normaux.

Enfin méningite tuberculeuse.

Le malade est donc mort de granulie.

OBSERVATION 23. — Korte. — *Berliner medizinische Gesellschaft. Sitzung an.* 11 *november* 1891 (*Berliner klinische Wochenschrift*). Bd. XXVIII, p. 1204, 1891, in Morris.

Malade, homme, entre à l'hôpital avec fistule de la paroi antérieure de la poitrine ; il dit qu'il a eu des symptômes marqués d'oppression au niveau de la poitrine peu de temps auparavant, puis la fistule apparut.

Depuis lors, amélioration des phénomènes. Une partie de la paroi antérieure de la poitrine, la deuxième côte et un morceau du sternum furent réséqués ; on trouva un petit sac de la grosseur du poing.

Il était rempli par le contenu habituel des kystes dermoïdes et renfermant des cheveux. A la longue, il persista seulement une petite fistule de 4 cm. de long, mince comme un crayon.

Le malade qui avait aussi de la tuberculose pulmonaire, se sentait si bien qu'il quitta l'hôpital.

Plusieurs semaines plus tard il mourait d'hémoptysie.

OBSERVATION 24. — Harres. — *Uber Zähne in Dermoïdcysten* (*Inaug. Dissertation*, Zurich 1892), p. 45, in Morris.

La pièce est un kyste dermoïde du médiastin antérieur, de la grosseur du poing placé entre le cœur et le poumon gauche.

Dans la paroi qui ressemble à la peau se trouvent des morceaux d'os, de cartilage, ainsi que des cheveux.

OBSERVATION 25. — Salomonsen. — *Eine Dermoïdcyste in der Lunge. Schmidt's Jahrbücher der gesammten Médicin.* Bd. CXXIV, p. 292. 1864 (in Dangschat, Morris).

Servante âgée de 24 ans, entra à l'hôpital le 7 décembre 1861. Bien portante pendant son enfance.

En 1851, scarlatine, et depuis lors, toux avec douleur dans la poitrine et le dos. En 1860, rougeole suivie d'une inflammation des poumons.

La toux s'exagéra beaucoup, et pendant les deux dernières semaines, la malade a eu des douleurs très for-

tes dans la poitrine. Lors de l'admission, la malade avait un peu de fièvre, les attaques de toux étaient fréquentes et fortes, durant souvent plusieurs minutes, et provoquant de vives douleurs dans la poitrine, surtout du côté droit.

Les crachats n'étaient pas fétides. *Matité* à la percussion à la partie supérieure du *poumon gauche.*

Le murmure vésiculaire y était faible avec une expiration prolongée, accompagnée de râles secs.

Bronchophonie. — Bruits à la toux et râles humides nombreux ayant presque une sonorité métallique sous l'extrémité interne de la clavicule droite et en *arrière dans la fosse sus-épineuse.*

L'examen ne donnait aucun autre renseignement.

La maladie progressa rapidement ; la malade se cachectisa ; l'expectoration augmenta, la parole devint difficile et le 4 janvier, elle se plaignit de douleurs plus fortes dans la poitrine, cracha environ une pinte de sang noir fluide (non spumeux) ; elle mourut environ une ½ heure plus tard.

Autopsie. — Poumon droit adhère partout.

Au sommet droit, du pus épais s'échappe.

La partie inférieure seule crépite.

Pas de bronchectasie.

Dans une petite bronche s'étendant vers le hile du poumon se trouvait une communication avec un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, adhérent au péricarde et à la plèvre.

La face interne de ce kyste ressemblait à la peau, il était rempli d'une pulpe épaisse de couleur brun rouge avec des taches jaunes et de petits cheveux bruns. Au sommet, caverne tuberculeuse de la même grandeur environ.

Le poumon semblait infiltré, dédoublé et ramolli.

L'examen microscopique montra que la face interne du kyste présentait un épithélium pavimenteux avec des glandes sébacées et des follicules pileux.

On trouva du cartilage dans la paroi.

OBSERVATION 26. — Cloetta. — *Uber das Vorkommen einer Dermoidcyste in der Lunge* (*Virchows Archiv*. Bd XX, p. 42, 1861, in Morris.

Femme de 20 ans présentant les signes habituels de tuberculose pulmonaire chronique du côté gauche pendant la dernière partie de sa vie.

Le fait principal, qui fut remarqué par la malade, était l'expectoration d'une grande quantité de crachats qui fréquemment contenaient des cheveux en abondance.

Cette particularité fut considérée par les médecins comme une « déception ».

Autopsie. — En coupant le bulbe inférieur du poumon gauche, on trouve un sac rempli de cheveux, de cellules épithéliales et de substance graisseuse.

Avec ce sac communiquaient deux cavités : la plus petite était le kyste dermoïde réel, la plus grande le poumon excavé.

Le kyste dermoïde était situé à la face interne du poumon gauche : il avait la grandeur d'une petite pomme.

Les parois très épaissies étaient formées d'un tissu dur dans *lequel* du *cartilage* et des *fragments d'os étaient enfouis* sans aucune dent.

La face interne du kyste était inégale, avec des prolongements : on y voyait de nombreux cheveux longs et courts.

Le kyste s'enfonçait d'environ 1/3 dans le poumon. Sur la paroi postérieure de la cavité s'ouvrait une large bronche.

OBSERVATION 27. — Spath, 1836. — *Considéré par Dardignac comme kyste dermoïde du médiastin antérieur.*

Homme, 60 ans. Début par une tumeur de la grosseur d'une noisette au côté gauche du cou, près de la thyroïde.

Puis après 4 mois, tumeurs, l'une du côté gauche de la poitrine dans la région mammaire, l'autre dans la région dorsale, s'étendant de la nuque à l'omoplate.

Plus tard, la tumeur de la région antérieure s'étendit vers le haut, embrassant la clavicule et refoulant le sterno-cleïdo mastoïdien par dessus l'angle de la mâchoire inférieure, l'oreille et jusqu'à la nuque.

Bosselures, fluctuation ; ouverture à la lancette et issue d'environ 1 kilo de masse gélatineuse.

Mort dans un accès *de suffocation.*

Observation nécropsique. — La tumeur apparente du cou n'était que le prolongement d'une production semblable inthrathoracique beaucoup plus considérable occupant tout le médiastin antérieur et formée en partie de matière graisseuse et de concrétions calcaires.

Cette tumeur paraissait provenir des six premières vertèbres dorsales dont la substance osseuse était devenue poreuse, friable, comme dépouillée des phosphates ; l'appareil ligamenteux était changé en une masse adipo-séreuse.

Le poumon gauche, refoulé, ne portait que les seules traces de lésions mécaniques dues à cette pression continue, il était plus sec, plus atrophié, hépatisé en quelques points ; l'espace postérieur, compris entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale était occupé par des portions de la tumeur transformées, partie en cartilage, partie en masses calcaires, partie en melicis.

OBSERVATION 27 bis. — Nobiling. — *Kurze Mittheilungen an den pathologisch anatomischen demonstrationen des Prof. Dr. Buhlhertzliches Intelligenz-Blatt.* Bd. XVI, p. 3, 1869 in Morris.

On montrait une préparation d'un kyste dermoïde du poumon. La maladie fut diagnostiquée, pendant la vie, parce que le malade, un homme, avait craché des cheveux.

OBSERVATION 28. — Sormani. — *Un cas de kyste dermoïde du poumon gauche*, *Gazetta degli ospedali*, n° 40, p. 314, 1890. Cité par Foucher, in Morris.

A., femme âgée de 24 ans, entre à l'hôpital de Milan le 17 juillet 1887, se plaignant de dyspnée, de toux et de douleurs dans le côté gauche du thorax.

D'après les parents, la malade présentait une grande susceptibilité pour les affections pulmonaires depuis les premiers mois de l'enfance.

Il était nécessaire de la tenir dans la position verticale, à cause d'attaques de dyspnée et de toux.

Sa santé fut bonne ensuite, à part de fréquents accès de toux et de dyspnée.

A l'âge de 16 ans, la malade remarqua pour la première fois des cheveux bruns dans son expectoration muqueuse.

Elle n'y attacha aucune importance.

Leur présence persista. Pendant les deux dernières années de sa vie, la dyspnée et la toux devinrent plus graves.

Autopsie. — Malade cachectique et œdématiée.

Lobe supérieur et 2/3 inférieurs du poumon gauche,

contiennent un kyste de la grosseur d'une tête d'enfant.

Son enveloppe ressemblait à de la peau.

Des cheveux y étaient implantés.

Sur la face interne il existait des proliférations.

Le kyste contenait une bouillie atémorateux gris jaune de mauvaise odeur dans laquelle on trouvait des cheveux bruns.

Le tissu pulmonaire environnant présentait de la pneumonie interstitielle avec bronchiectasie à la base.

Dans le lobe supérieur, se voyait un deuxième kyste plus petit et semblable au premier.

Complètement séparés de l'autre et de son contenu atéromateux, se trouvaient de petits cheveux noirs.

Sa face interne était identique à celle du gros kyste.

L'examen microscopique de l'enveloppe des kystes montra l'aspect caractéristique de la peau renfermant des follicules pileux, des glandes sébacées, et des glandes sudoripares.

Pas de cartilage.

OBSERVATION 29. — Ogle. — *Dermoïd growth in the Lung. Transact. of the Pathol society of London.* Vol. XLVIII, p. 37, 1896-97, in Morris.

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui mourut d'une hémoptysie profuse.

Depuis 5 ans, de temps à autre il toussait et il avait des hémoptysies. Les signes physiques étaient ceux d'une pleurésie purulente. La fièvre hectique et les crachats abondants avaient fait songer à la bronchiectasie.

Autopsie. — Le poumon droit contient une cavité de quatre pouces de diamètre siégeant dans le lobe inférieur.

La cavité communique librement avec la division moyenne de la bronche *gauche*.

Plusieurs bronches secondaires s'ouvrent à l'intérieur de la cavité.

Celle-ci est remplie par une bouillie rouge sombre d'odeur fétide, ressemblant à du pus mélangé à du sang.

On trouve aussi 5 ou 6 amas de coloration crémeuse, cohérents, mais mous, de la grosseur d'une poire.

Leur aspect rappelle celui de la peau et ils sont couverts de poils.

A l'intérieur de ces amas, se trouve une matière caséeuse et une grande quantité de cheveux.

Dans le fond, là où s'attachent ces amas, se trouve une grosse dent.

Poche intrathoracique.

On lave celle-ci et il s'échappe un certain nombre de cheveux bruns, courts, et des masses qui au microscope apparaissent formées de petites gouttes de graisse et d'épithélium.

La fistule paraît insuffisante pour le drainage.

Le 25 avril, une ouverture est faite à travers le sternum.

A la fin de juin, la sécrétion a beaucoup diminué, et la poche s'est considérablement rétractée.

Il n'y a plus de symptômes subjectifs, ni dyspnée, ni toux, ni douleurs dans l'épaule et le bras.

Au début d'octobre, la fistule n'a plus que trois centimètres de profondeurs, alors qu'en juin elle en avait 10.

Elle est toute étroite : il en sort un pus peu abondant, sans cellules épithéliales.

Le malade quitte l'hôpital à ce moment.

OBSERVATION 30. — CHRISTIAN. — *Dermoid and Teratomata of the anterior mediastinum. The Journ. of medical Research*, vol. VII, p. 54, 1902, in Dangschat.

La malade, âgée de 38 ans, souffre beaucoup de troubles dans la poitrine pendant les six dernières années. Sueurs nocturnes. Expectoration avec des cheveux pendant deux ans. Pendant cinq semaines, elle a souffert de la poitrine et a toussé avec expectoration purulente. Pendant ce temps elle a eu diverses hémoptysies dont quelques-unes ont failli déterminer la suffocation.

Il y avait de la matité au niveau de la partie droite de la poitrine qui diminuait après les paroxysmes de toux pendant lesquels beaucoup de matière était expectorée. Plusieurs heures avant la mort, le 21 mars 1901, il y eut rejet de pus et de sang par la bouche et quelques *cheveux étaient mêlés à l'expectoration.*

Autopsie. — On trouve une tumeur du volume d'une noix de coco, à la partie inférieure du médiastin antérieur.

Le poumon droit adhère d'une façon ferme et est repoussé en arrière et à droite par la tumeur. Il y a de la péricardite fibrineuse. La tumeur se trouve entre le poumon droit et le péricarde ; elle s'étend jusqu'à 65 centimètres du sommet du poumon droit.

Elle n'adhère pas au diaphragme quoique contiguë ainsi qu'à la partie antérieure de la paroi thoracique.

Il reste dans le kyste de la matière molle et friable et des cheveux longs, délicats, frisés, blonds. La partie intérieure de la paroi est constituée par une membrane blanchâtre, molle, luisante.

Dans certaines parties de la tumeur, il y a de petits

fragments osseux épais. On trouve une ouverture du côté d'une bronche de moyen calibre.

L'enveloppe du kyste présente tous les caractères de la peau.

OBSERVATION 31. — Sommer. — *Dermoid Tumor, of the Lungs. The New-York medical Record.* Vol. LX, p. 475, 1901, in Morris.

Le malade, homme, âgé de 27 ans est mort de phtisie pulmonaire chronique.

A l'autopsie on a trouvé les deux poumons tuberculeux et caverneux. A la pointe du poumon droit on trouve une tumeur kystique contenant des amas de cheveux et de corps odontoïdes.

OBSERVATION 32. — Bastianelli. — *Riforma medica*, 20 mai 1893 (cité par Pflanz. in Morris, etc.).

Une femme, âgée de 20 ans, avait une fistule à la face gauche du cou, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire depuis 4 ans ; fistule survenue à la suite de l'incision d'une tumeur de cette région, qui avait donné l'évacuation de graisse et de cheveux.

La fistule fut ouverte, les parois excisées et les bords de la plaie réunis par première intention.

Après *plusieurs semaines*, rupture avec issue de pus.

Après deux essais semblables, le manubrium fut réséqué et derrière lui on découvrit une tumeur de la grosseur d'une noix. On la sépara par dissection des grosses veines, du péricarde et de l'œsophage.

Elle adhérait intimement à l'aorte.

L'extirpation totale de la tumeur fut faite, et on obtint ainsi une guérison totale et permanente.

OBSERVATION 33. — KRAUSE. — *Ein Fall ausgedehnter Linkseitigen Pleuratumor* (*Sarcomes malignes und Dermoïdcyste, Inaug. Dissertation*), Bonn. 1893. Trouvaille d'autopsie, également rapporté par Jorres (in Dangschat) sous le titre de : *Uber die Verbindung einer dermoïd cyste mit maligner Sarcome der linken Lunge* (*Virchow. Archiv.* Bd. CXXXIII, p. 66, 1893).

M. K., homme âgé de 39 ans, entre dans la clinique médicale de Bonn le 23 août 1892.

Antécédents personnels. — 3 ans auparavant, *symptômes fétides*, douleurs aiguës, attribuées à pleurésie gauche et catarrhe de gravité moyenne, des petites et des grosses bronches.

8 mois après, il reprit son travail, mais de temps à autre il eut des douleurs en coups de poignard dans le côté gauche, son état général restant bon.

Depuis mai 1892 il a eu des douleurs continues dans la partie inférieure gauche de la poitrine.

Depuis le mois de juillet toux continuelle avec expectoration considérable, mais jamais sanguinolente.

Pendant les trois premières semaines, dyspnée considérable qui l'oblige à chercher du soulagement.

Etat actuel. — 23 *août* 1892. — Constitution robuste, muscles bien développés.

Expansion pulmonaire égale des deux côtés.

La percussion donne une *matité* nette au-dessus et au-dessous de la clavicule gauche.

Matité qui se continue avec la matité cardiaque et s'étend à gauche jusqu'à la ligne axillaire postérieure.

La face postérieure du côté gauche et le côté droit en entier donnent un son de *percussion clair*.

A l'*auscultation*, il n'y a aucun bruit respiratoire au niveau de la matité.

Le murmure vésiculaire est exagéré au niveau de la partie droite en avant.

Le fremitus vocal manque à gauche, en avant et en arrière.

En arrière. — Matité relative à gauche ; un peu au-dessus expiration prolongée.

Râles peu nombreux au niveau du lobe inférieur gauche, avec souffle bronchique à l'angle de l'omoplate ;

Au niveau du lobe inférieur droit, respiration bronchique.

Matité cardiaque jusqu'à la ligne franchement droite.

A la base, *souffle systolique* prolongé.

Jugulaire gauche plus dilatée que la droite, on trouve une secousse systolique diffuse du côté gauche de la poitrine.

24 *août* 1892. — Ponction exploratrice donne exsudat hémorragique.

Opération répétée le 19 septembre avec même résultat ; mais on n'obtint que fort peu de liquide.

Bientôt la matité se montra en arrière et la ponction donna un liquide séreux.

Vers le milieu d'octobre paralysie complète du nerf recurrent gauche.

Bientôt la pupille droite devient plus large que la gauche.

En novembre, œdème de la jambe gauche, moins marqué à droite.

Dyspnée devint plus considérable, et la mort survint le 11 mai 1892.

Autopsie, par Jorrès, 12 novembre 1892. — Corps bien nourri avec œdème du bras gauche.

La moitié gauche du thorax est très proéminente surtout dans les 4 premiers espaces intercostaux.

Dans la moitié gauche du thorax, il y a une large tumeur gris rouge.

Elle adhère intimement au diaphragme et la cavité pleurale gauche est complètement remplie par elle.

La partie inférieure est composée principalement d'une substance mollasse, gris jaune, dans laquelle se trouvent des particules osseuses et de nombreux cheveux blonds.

L'ablation de cette tumeur, fournit un kyste de 10 centimètres de long et 6 cm. de haut.

On trouve également d'autres kystes plus petits. Il y a du cartilage dans la paroi ; antérieurement, se voit un kyste de la grosseur du poing.

La paroi présente de nombreuses protubérances, sur l'une desquelles sont deux petites dents.

Dans le poumon droit tumeur solide dans tous les lobes.

L'examen microscopique montre que dans tous les lobes, la paroi a la structure de la peau avec glandes sébacées et follicules pileux.

Il y a un épithélium cubique ou cylindrique dans quelques-uns de ces petits kystes.

Des muscles lisses et des glandes sudoripares se rencontrent dans la paroi.

Des productions malignes, sarcomateuses sont trouvées.

Les tumeurs du poumon droit étaient des métastases.

OBSERVATION 34. — KRETZ. — *Beitrag zur Casuistik der Dermoïde Wiener klin. Wochenschrift.* Bd VI, p. 861, 1893, in Morris.

Homme, âgé de 30 ans, pour lequel on fit le diagnostic de tuberculose pulmonaire, avec bronchiectasie du lobe supérieur gauche.

Il entra à l'hôpital 8 jours avant sa mort, et pendant ce temps on ne trouva pas de cheveux dans ses crachats.

Autopsie. — Adhérences péricardiques.

Tuberculose des deux lobes supérieurs.

Dans le lobe supérieur du poumon gauche il existe une cavité ayant environ la grosseur d'une pomme. Avec cheveux, pus et substance graisseuse.

Elle est placée en avant et au dessous du hile du poumon.

Le kyste communique avec les bronches, et sa paroi ressemble à l'épiderme.

Près de l'ouverture se trouvent des cheveux blonds et clairs.

Dans la paroi, glandes sébacées et sudoripares, mais pas de cheveux.

La mort fut due à la tuberculose.

OBSERVATION 35. — DARDIGNAC. — *Tumeur dermoïde du médiastin antérieur, Revue de Chirurgie*, 10 septembbre 1894, p. 776. (Résumée).

Le soldat W., 22 ans, entre dans mon service à l'hôpital militaire de Beauvais le 18 juin 1893.

La visite d'incorporation faite 7 mois avant n'avait donné lieu à aucune remarque sur l'état de la poitrine sauf une certaine *asymétrie* du thorax à droite, visible à distance.

W., fit ses classes, sans autre inconvénient qu'une certaine gêne respiratoire au moment des pas gymnastiques.

Cette gêne l'obligeait à demander quelques minutes de repos.

Ce n'est en réalité qu'au moment des marches d'épreuve, (qu'il ne put supporter) qu'il se présenta à la visite où l'on fit le diagnostic de *pleurésie* en raison de la matité de tout un côté de la poitrine.

Il fut gardé en observation quelque temps, puis envoyé à l'hôpital avec diagnostic de *kyste probable de la poitrine.*

Il avait dans son histoire les quelques commémoratifs suivants :

Quelques années auparavant W., fut hospitalisé dans le service du Docteur Hassal à St-Antoine pour accidents d'oppression très sérieux.

On avait cru à un kyste hydatique du foie, et pratiqué plusieurs ponctions négatives.

Peu de temps après on fit une nouvelle ponction au sommet de la voussure, et l'on retira environ 800 grammes de liquide louche, non purulent. Dix jours après, nouvelle ponction, suivie d'une injection modificatrice. Il en résulta une amélioration réelle ayant persisté assez longtemps.

A l'entrée du malade à l'hôpital militaire on constata une voussure très développée, granuleuse, formée par le squelette de la région.

Il n'y a ni battement, ni impulsion à ce niveau.

Percussion. — *Sonorité* exagérée de la clavicule à la troisième côte. Matité *absolue* de la troisième côte au diaphragme.

Cette percussion n'est douloureuse qu'au niveau du mamelon.

En arrière. — Sonorité normale dans les 2/3 supérieurs, submatité dans le 1/3 inférieur de la poitrine.

L'auscultation révèle un silence absolu sur presque toute la hauteur en avant.

Murmure vésiculaire avec râles fins en arrière et sous l'aiselle.

Etat général altéré, anorexie, angoisse précordiale.

Première intervention par le docteur Dardignac. — Incision sur le trajet de la quatrième *côte droite* sur une longueur de 8 à 10 cm. environ commençant à 2 centimètres du bord droit du sternum.

Résection d'environ 6 cent. de cette côte. Au-dessous on aperçoit un tissu blanchâtre, adhérent au périoste épaissi et bombant sous le doigt.

Ponction avec un trocart de l'appareil Potain, en le retirant on voit sourdre quelques gouttes de liquide.

L'*Incision de la masse* donne issue à une grande quantité de liquide qui sera décrit plus loin.

Pour faciliter l'évacuation de la poche, on couche le malade sur le côté droit, et à ce moment le liquide sort mélangé de corpuscules jaunâtres. On réussit à favoriser l'expulsion du contenu en faisant tousser le malade ; et brusquement, vers la fin, une touffe de poils blancs fut rejetée.

Ces poils étaient longs de 8 à 10 cm., frisés et agglomérés par les corpuscules sébacés.

A ce moment seulement, on fit d'une façon ferme le diagnostic de kyste dermoïde.

On fit alors une exploration digitale aussi douce et complète que possible, pour se rendre compte des rapports et de la situation exacte du kyste.

Il fut impossible de préciser à ce moment, si la tumeur était tout entière intra-pleurale. La capacité de la poche *était d'environ* 1800 *grammes.*

L'énucléation semblant impossible, on se contenta de laver soigneusement le kyste et de le badigeonner de teinture d'iode à l'intérieur.

Enfin on garnit la poche avec de la gaze iodoformée, et on termina l'opération par quelques sutures profondes et superficielles pour limiter l'orifice interne de la plaie.

Il n'y eut aucun incident opératoire.

Examen du liquide. — La constitution chimique ne présente de l'intérêt que par l'absence de pus.

Les réactions chimiques se rapportent toutes à la présence de cette matière grasse jaunâtre, de la consistance du suif, composés de granules ou de petites vésicules.

Suites opératoires. — A part quelques jours de fièvre, et suppuration de la poche, tout fut parfait et le malade quitta l'hôpital le 6 décembre guéri des accidents qui le menaçaient.

Le poumon droit respirait en arrière dans toute sa hauteur de même que dans la région sus-mammaire jusqu'à 3 cm. en haut de l'orifice fistuleux.

Autour de cet orifice on percevait un souffle amphorique témoin de l'existence d'une cavité sus-sternale.

La poche est réduite, un trajet fistuleux ne présentant de dilatation ampullaire qu'immédiatement en dehors de l'orifice opératoire presternal.

Le malade fut reformé, mais sa fistule persista et en 1898, il fut opéré de nouveau par le Dr René Belin.

OBSERVATION 36. — Pflanz. — *Ueber Dermoïdcysten des Mediastinum anticum. Zeitschrift für Heilkunde.* Bd. XVII, p. 473, 1896.

D. A. Homme, boulanger avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la maladie présente.

Depuis plusieurs années, il a souffert dans l'oreille droite, et depuis un an environ, dans l'épaule droite.

En août 1894, il éprouve de la difficulté à avaler surtout les aliments solides.

En novembre, les douleurs dans l'oreille et l'épaule augmentent et la malade est pris d'une pénible dyspnée.

A ce moment, le patient remarque un gonflement de la région sus-claviculaire droite.

Depuis, il y a eu peu de modifications. Les douleurs sont plus vives, surtout au niveau de la tumeur, et irradient dans tout le membre supérieur.

Peu à peu s'installe un gonflement de la partie supérieure du thorax.

Etat actuel, 23 *février* 1895. — Le patient est robuste et en bon état, on ne trouve ni œdème généralisé, ni de dilatation veineuse.

Il y a un gonflement dans la région du manubrium sternal, de l'articulation sterno-claviculaire droite, et des deux premiers espaces intercostaux droits.

La peau en ce point est normale.

Une zone de matité absolue est nettement limitée : elle s'étend vers la droite à 4 cm. au-delà du bord sternal gauche. En bas, sur la ligne médiane, elle descend jusqu'au niveau du 2e espace intercostal.

Dans toute cette région, on n'entend aucun bruit.

Au-dessus, et en dehors de l'articulation sterno-claviculaire, il existe une tumeur mobile, très fluctuante, du volume d'une noix et en partie recouverte par le sterno-cleïdo mastoïdien.

Elle présente une expansion qui semble communiquer par les vaisseaux sous jacents.

Les poumons sont normaux.

La matité cardiaque est de dimensions et de siège normaux, séparée de l'aire mate ci-dessus décrite, par une zône de sonorité.

Les deux pouls radiaux sont synchrones ; la tension est la même des deux côtés. L'examen laryngoscopique ne révèle rien.

Les pupilles sont égales, la température est normale.

Une ponction exploratrice faite dans la tumeur sus-claviculaire y montre du pus.

On l'incise et on la draine, le patient se trouve mieux: on le renvoie le 10 mars.

13 *mars*. — Il revient, avec une tumeur située à la même place, du volume d'un œuf de poule. L'état général s'est modifié.

Le 12 *avril*, cette tumeur est ouverte par le docteur Neugebauer.

Une cavité du volume d'un œuf de pigeon est incisée ; elle contient du pus. En bas et en dedans on trouve un trajet qui conduit dans une grande cavité.

OBSERVATION 37. — Ekehorn. — *Die Dermoïdcysten des Mediastinum anticum. Archiv. fur klin. chirurgie*. Bd. LVD, p. 107, 1898.

M. H., femme âgée, de 21 ans, entra dans le service du professeur Sœhli à l'Insel Hospital de Berne le 30 janvier 1893.

Elle mourut le 14 septembre.

La maladie avait débuté 5 ans auparavant par une pleurésie ; depuis la malade tousse constamment et crache du muco pus.

Il y a trois ans une hémoptysie survint et se répéta six fois, en quelques semaines.

Chaque hémoptysie, était abondante et composée d'un sang rouge vif, d'odeur fétide.

Il était rejeté par quintes de toux extrêmement pénibles.

A partir de l'entrée à l'hôpital l'expectoration fut purulente et fétide.

La toux a lieu habituellement par quintes annoncées par une dyspnée modérée, et quand il a rejeté une abondante expectoration, le malade se sent très bien.

Entre les paroxysmes il y a une toux constante et le décubitus sur le côté droit semble provoquer l'attaque.

Il y a des palpitations et de la dyspnée d'effort.

Etat actuel, 1er *février* 1893. — Petite constitution. Taille moyenne.

Muscles et pannicule adipeux peu développés.

Hippocratisme marqué des doigts.

Température et respiration normales.

Les espaces sus et sous-claviculaires gauches sont plus déprimés qu'à droite.

Aucune différence au-dessous.

Expansion normale des deux côtés.

La pointe bat dans le cinquième espace au niveau de la ligne mamelonnaire.

La percussion donne un son éclatant et profond, au sommet droit et dans la région sous-claviculaire.

De la quatrième côte à la ligne mamelonnaire, il y a une matité absolue.

Au niveau de la ligne axillaire, c'est à la sixième côte, à la partie moyenne du poumon gauche, qu'il y a de la matité.

L'auscultation au niveau de la barre mate donne un murmure vésiculaire très diminué et des râles diffus, peu nombreux, fins et humides.

Respiration bronchique dans l'aisselle et partout ailleurs murmure vésiculaire normal.

Au niveau de la pointe du cœur, souffle systolique doux.

En arrière, matité à droite, au-dessous de la sixième côte, au-dessus tympanisme.

A *l'auscultation, à droite :*

Bruits ressemblant à un frottement avec souffle près

de la ligne médiane et des râles sonores et humides en *partie* métalliques.

Frémitus vocal très affaibli au niveau de *la matité*.

Le bord supérieur de cette matité ne varie pas avec le changement de position de la malade.

Le bord du foie est à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal.

La ponction exploratrice est négative dans le dos et dans l'aisselle.

L'expectoration se divise en trois couches, il n'y a pas de bacilles de Koch.

Après juillet la malade se plaignit de maux de tête, de douleurs en coup de poignard dans la poitrine, de dyspnée et de crises douloureuses de toux.

Le 14 septembre 1893, elle mourut subitement dans un accès de dyspnée.

Autopsie. — Tout le médiastin antérieur et supérieur est occupé par des masses solides, dures, qui commencent à 2 cm. au dessus de la fourchette sternale, descendent jusqu'au diaphragme, dépassent de 3 cent. à gauche la ligne médiane et sont adhérentes au poumon gauche — à droite se fixent solidement à la paroi thoracique antérieure. En arrière la tumeur atteint la colonne vertébrale. Le poumon gauche présente dans les points adhérents du tissu solide, calleux et de nombreuses bronchectasies. De même dans le lobe droit inférieur nombreuses bronchectasies. Dans le lobe moyen cavité, d'où sort une bouillie blanchâtre mêlée de cheveux. La cavité est recouverte de muqueuse et s'ouvre dans la bronche principale du lobe moyen. La tumeur se compose de parties solides avec cartilage, os et de petites cavités autour desquelles se sont groupés à la périphérie plusieurs espaces cavitaires avec cheveux qui communiquent entre eux et avec la cavité située dans le poumon. Sur la paroi de ces cavités se trouvent des excroissances papillomateuses et des tu-

bercules mamelonnées qui sur leur surface ridée portent de nombreux cheveux. Quelques cavités plus petites revêtues d'épithélium cylindrique vibratile sont remplies d'un liquide clair, transparent, un peu muqueux. L'examen microscopique révélé toutes les couches de la peau normale avec des glandes sébacées nombreuses et extrêmement développées et des cheveux, mais on ne trouve que de rares glandes sudoripares ; dans les parties médiane et inférieure de la tumeur, petits ilots du cartilage hyalin et substance osseuse visiblement distribuée sans ordre. La texture de l'os parait normale : canaux de Havers, stratification concentrique nette, corpuscules osseux et cavités médullaires. Les ostéoblastes font défaut. Un gros morceau d'os irrégulier, situé dans les parties solides, paraît répondre à un maxillaire supérieur ; car il possède plusieurs dents dont une est sûrement reconnue pour une incisive de maxillaire supérieur. En outre se trouvent des ganglions avec fibres nerveuses, plusieurs canaux qui, d'après leur texture paraissent répondre en partie au tractus respiratoire, en partie au tractus intestinal.

OBSERVATION 38. — Ekehorn. — Jeune homme de 22 ans, qui au début de 1885 tomba malade avec les symptômes d'une pleurésie exsudative qui disparut entièrement et brusquement sous des symptômes de toux. Par la toux étaient expectorées de petites masses qui se composaient de graisse avec cheveux entremêlés.

Diagnostic. — Vraisemblablement kyste dermoïde de la plèvre.

En 1886, la mort survint à la suite de symptômes graves de suppuration.

Autopsie. — Tumeur située à gauche du cœur, soli-

dement adhérente en un point avec la partie supérieure du péricarde et la partie médiane du poumon gauche.

Au point adhérent avec le poumon gauche existe une communication avec une caverne située tout au-dessous de la surface médiane du lobe pulmonaire supérieur.

La surface interne du kyste est en général assez unie et recouverte d'épithélium desquamé et de graisse.

La partie inférieure de la paroi est épaissie en forme de tumeur et possède de nombreuses élévations bosselées dont la plus grosse a pris la forme polypeuse.

Les bosselures portent de nombreux cheveux longs ; deux petites bosselures et l'excroissance polypeuse portent en tout 4 dents dont l'une est trouvée libre dans la cavité.

Un gros toupet de cheveux occupe la plus grande partie de la cavité et pend à travers l'ouverture de communication dans la caverne dans laquelle s'abouchent une quantité de grandes et petites bronches.

L'examen microscopique de la partie bosselée en forme de tumeur révèle qu'elle est couverte à son intérieur d'un épithélium laissant bien reconnaître les couches normales de la peau et qui possède des cheveux abondants et des glandes sébacées, énormément développées.

En outre, dans cette partie, on trouve des fibres musculaires lisses, du cartilage hyalin et des petits morceaux d'os avec périoste.

A côté, de nombreuses cavités et petits canaux qui sont recouverts en partie avec un épithélium cubique simple, en partie avec un épithélium cylindrique vibratile, en partie par un épithélium plat.

Quelques parties sont infiltrées de petites cellules lymphoïdes réunies en petits amas. La face interne du reste de la paroi du kyste n'est pas recouverte d'épithélium.

OBSERVATION 39. — Bergmann. — *Ueber ein Fall von Dermoïdcyste des vorderen Mediastinum. Prager medicinische Wochenschrift*, B. XXIII, p. 109, 1898), in Dangschat.

Homme, 38 ans, tomba malade à la fin de décembre 1896 (Bronchite grippale). Reprend son travail avant d'être complètement guéri, et au début du mois suivant, fièvre typhoïde qui dura 3 mois.

La toux provoquait des douleurs à droite au niveau de la deuxième et troisième côte et à la partie voisine du sternum.

Il existait une bosselure, le périoste s'étant développée à la suite de fracture.

Pendant la convalescence qui traîna en longueur, du sang se montra dans les crachats après chaque quinte de toux.

Le patient attribuant la bosselure à une forte pression sur la face antérieure de la poitrine en serrant une vis en octobre 1886.

Le malade est de taille moyenne et de constitution également assez bonne.

Il a une toux fréquente avec expectoration peu abondante et spumeuse.

Signes de catarrhe dans les deux poumons, pas de matité. On trouve une bosselure décrite plus haut. A ce niveau la peau est violacée, au centre se trouve une ouverture de la grosseur d'un pois, d'où s'échappe une sécrétion opaque.

La tumeur est douloureuse et de consistance douce, pateuse.

On diagnostiqua une carie osseuse et l'opération fut pratiquée le 14 juillet 1897. La peau fut reclinée, le tissu granuleux enlevé et le contenu pateux cureté, le contenu avait l'apparence d'une substance atéromateuse.

Une tumeur mobile, lisse, de la grosseur environ d'une noisette se montra au milieu du contenu.

Cette tumeur avait un prolongement dans le médiastin antérieur passant à travers un orifice uni et rond du sternum de la grosseur d'un crayon.

On enleva une partie du sternum et de la seconde et troisième côte et on mit à nu une cavité d'environ la grandeur d'un œuf d'oie remplie d'une substance douce, pâteuse, brillante et pultacée et d'une tumeur.

En enlevant le contenu on trouva une dent bien formée puis une seconde.

La tumeur ci-dessus mentionnée comprenait 4 polypes de grandeur variée. Le kyste fut drainé.

Pendant les jours suivants le malade toussa et rendit une expectoration sanglante mélangée de substance caséeuse analogue à celle trouvée dans le kyste.

L'expectoration diminua et le malade eût une guérison inattendue. L'examen de la tumeur montra que l'enveloppe des polypes avait non seulement l'apparence mais encore la structure de la peau.

On découvrit de nombreux cheveux fins longs d'environ un centimètre et deux autres dents.

OBSERVATION 40. — Grieshammer. — *Festschrift des Krankenhause. Dresden Friedrichsstadt*, 1899, p. 337 à 345 (Cité par Dangschat et Morris).

Femme, 28 ans, se plaignait depuis plusieurs années de dyspnée et de douleurs dans le côté gauche de la poitrine.

L'opération mit à nu un large kyste dermoïde qui touchait la paroi thoracique en avant, en arrière et à gauche. La cavité pleurale était libre d'adhérence et non en relation avec la tumeur, refoulée avec le poumon gauche en haut et en avant en totalité.

Les adhérences à la paroi thoracique empêchaient d'enlever le kyste.

On draïna et la malade fut *très soulagée*. La tumeur consistait en une cavité contenant une pulpe sale ; la paroi présentait l'aspect de la peau sans poils.

OBSERVATION 41. — Mandelleaum. — *A Case of Dermoïd. Cyst. of mediastinum* (*The American Journ. et medical sciences*). Vol. CXX, p. 64, 1900, in Morris.

F. G. Femme, 30 ans fut admise à l'hôpital du Mont Sinaï le 26 janvier 1898.

Antécédents héréditaires. — 0.

Antécédents personnels. — 0.

Dix mois avant l'admission on remarqua un léger soulèvement à la partie droite et antérieure du thorax, au niveau de la troisième côte. Pas de sensibilité, pas de douleurs, mais parfois rougeur.

Quatre mois après, la proéminence commença à s'accentuer soudainement, mais pendant le dernier mois il n'y eût aucun changement. La malade continua à nourrir son enfant et sans la présence d'une tumeur elle pouvait se considérer comme étant en santé parfaite.

Etat actuel. — Suffisamment bon.

Au niveau de la troisième côte droite, tumeur de la grosseur d'une orange avec peau mobile ; elle adhère aux parties sous-jacentes.

La masse n'est ni douloureuse, ni sensible. Elle donne une sensation nette de fluctuation, pas de pulsations. L'aspiration avec un petit trocart révèle la présence d'un liquide jaunâtre, épais, de la consistance du miel. Aucun signe de compression : ni toux, ni expectoration.

Trois jours après l'admission, opération par le docteur Gerster.

Le kyste fut ouvert et un liquide épais, brun, contenant de petites particules de matière graveleuse fut évacué. Le kyste était multiloculaire.

En explorant profondément avec une sonde on vit que la dernière poche incisée s'enfonçait profondément dans le thorax. Au moyen d'une spatule une quantité considérable de liquide épais, caillouteux, calcaire, des tresses de cheveux furent enlevées de la portion intra-thoracique du kyste qui paraissait occuper presque entièrement tout le médiastin antérieur. La membrane du kyste étant attachée au diaphragme, au péricarde et à la plèvre droite.

Cinq jours après l'opération, la base du poumon droit s'hépatisa ; malgré l'arrivée des signes de résolution, la toxémie se développa et la malade mourut le 17 mars 1898.

Autopsie. — Le kyste trouvé à l'opération a été *décrit*. La face intérieure présentait de petites croissances polypoïdes couvertes de cheveux et de poils fins et courts. La tumeur adhérait aussi aux gros vaisseaux du médiastin. La membrane ressemblait à la peau et contenait peu de glandes sudoripares, mais un grand nombre de glandes sébacées et de follicules pileux.

OBSERVATION 42. — Van Torek. — *Teratom der Brüsthöle* (*Fœtus in fœtu*). *Zeitschrift für Heilkunde* (*Abtheilung für Chirurgie*). Bd. XXI, p. 263, 1909, in Morris.

Jeune fille, 4 ans ½, entre à l'hôpital le 27 *janvier* 1900 avec diagnostic de carie costale, 3 ans auparavant elle a eu un abcès au dos.

Opération. — Avec ablation d'une petite pièce costale.

Pendant 10 jours douleurs violentes au niveau du dos, où un deuxième abcès s'est probablement formé.

Etat actuel. — Enfant petite, mal nourrie.

En bas et en dedans de l'angle de l'omoplate gauche, il y a une tumeur fluctuante du volume d'une paume de main, partie au-dessus partie au-dessous de la dixième côte.

Pouls et respiration rapide, température normale, 30 *janvier* 1900 opération.

On pratique l'ouverture d'un kyste qui donne issue à une grande quantité de liquide graisseux. A la palpation on trouve au-dessus de la dixième côte, une ouverture du kyste du côté du thorax.

En retirant le doigt, des cheveux apparaissent. On voit dans la plaie la paroi kystique, fermée, ressemblant à de la peau. A cause des adhérences on ne retire qu'une partie de la tumeur.

Cette partie contenait des os et des dents et était couverte de peau.

Le 14 *février* l'examen révèle une inflammation du lobe droit supérieur. *Mort* 8 *jours plus tard.*

Autopsie. — A côté des points déjà cités à l'opération on a constaté que la tumeur contenait du cartilage.

Le sac était attaché d'une façon ferme au diaphragme et à la paroi vertébrale. Mort due à la bronchopneumonie.

OBSERVATION 43. — FOUCHER. — *Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du poumon* (Thèse de Lille, 1901). — Homme de 27 ans. *Antécédents héréditaires* 0.

Antécédents personnels. — Pneumonie à 6 ans.

Depuis ce moment santé excellente. 5 ou 6 mois après accomplissement du service militaire, la maladie ac-

tuelle débuta avec de la toux. Cette toux présentait des paroxysmes de plus en plus fréquents et accompagnés de vomissements. Dyspnée de plus en plus forte.

Etat persiste pendant deux mois, puis les symptômes diminuent et n'existent plus en juin 1899. A partir de ce moment réapparaissent des symptômes qui progressent avec périodes d'exacerbation alternant avec rémissions plus ou moins longues.

Au milieu d'octobre 1899 le malade a un point de côté très violent et le docteur *Mayet* qui a fourni cette observation trouve tous les signes d'un épanchement pleural très volumineux qui a été résorbé peu à peu. Mais une légère voussure du côté droit du thorax a persisté.

La toux, dyspnée, les vomissements augmentent comme intensité. En même temps la voussure proémine de plus en plus.

Le malade entre à l'hôpital le 10 *février* 1900.

A l'examen on constate que le malade malgré son évacuation est bien développé.

La matité en avant est absolue (fig. 8). Elle s'étend de trois travers de doigt, au-dessus de la clavicule et se continue avec la matité hépatique. Le bord du foie ne déborde pas les fausses côtes.

A l'auscultation on n'entend rien au niveau de la zone mate.

En *arrière*. Percussion et auscultation négatives. On fait une ponction exploratrice au niveau du quatrième espace intercostal juste au dessous et en dehors du mamelon.

Du trocart il s'échappe un liquide épais, jaune verdâtre, présentant toutes les apparences d'un pus épais avec de petites masses jaunâtres ressemblant à des grains d'actinomyces.

On résèque 6 centimètres de la quatrième côte et on incise la plèvre.

Une quantité de matière épaisse caséeuse s'en échappe. Une mèche de petits cheveux apparaît en même temps. Le kyste contenait 2 à 3 litres de matière sébacée. La cavité était limitée par une membrane grise irrégulière. Le liquide contenu dans le kyste ne contenait pas d'éléments figurés. C'était une émulsion de matières graisseuses dans un liquide séreux.

Les petits globules jaunes étaient formés de matière grasse, amorphe et contenaient des débris de tissu. Pas de cristaux, pas d'acides gras, pas de cholestérine. La matière était stérile, les cultures négatives.

Au moment de la publication de cette observation le malade n'est pas complètement guéri.

La poche, à ce moment, n'a plus que le volume d'une mandarine.

OBSERVATION 44. — Medoel. — *Berliner klinische Wochenschrift.* Bd XXXIX, p. 719, 1902. Budapester-Brief, in Morris.

L'auteur a observé un cas de kyste dermoïde chez un nourrisson. Il était situé dans le médiastin antérieur et s'était ouvert dans une bronche, ce qui avait déterminé une expectoration caractéristique : cheveux, cholestérine, graisse à la suite de toux.

OBSERVATION 45. — Fovanov. — *Sluchoï Tératomi, Kazansky meditsinsky Journ. II, p.* 170, 1902. *Ein Fall von Lungenteratom. Centralblatt für Chirurgie.* Bd. XXIX, p. 1075, 1902, in Morris.

Le malade avait été admis à l'hôpital avec dyspnée extrême, cyanose de la partie supérieure du corps et œdème de la moitié droite du corps. La mort se produisit peu après l'entrée du malade à l'hôpital.

Autopsie. — On trouve un tératome pesant 1.300 gr. au niveau du poumon droit. Il est constitué par du tissu conjonctif, de la graisse, des os, du cartilage, des cheveux, du tissu musculaire arrangé en diverses combinaisons dans les différentes parties de la masse.

La tumeur contenait de nombreux kystes.

OBSERVATION 46. — Turk. — *Wiener klin. Wochenschrift.* Bd. XVI, p. 203, 1903. — *Traitement opératoire par von Eiselberg, sur le traitement des kystes dermoïdes dans le médiastin antérieur. Archiv. für klinische Chirurgie.* — Bd. LXXL, p. 575, 1903. In Dangschat.

Femme âgée de 51 ans fut admise à la clinique de Neusser le 20 octobre 1902 avec diagnostic de pleurésie gauche avec épanchement.

Le thorax était un peu élargi. En avant, la moitié gauche, en entier, fournissait une matité marquée, de la clavicule à la base du poumon, s'étendant presque dans l'aiselle gauche et se terminant dans le voisinage de la ligne scapulaire. Dans la région de la matité, souffle de compression. Bronchophonie affaiblie, avec égophonie. Absence de fremitus vocal.

Le bord inférieur du poumon est mobile. Le médiastin est repoussé d'environ 1 travers de doigt au-delà de la ligne sternale droite ; le cœur est près de la ligne mamelonnaire droite.

Rien au poumon droit.

La malade hésitait à entrer à l'hôpital parce qu'elle n'avait aucune fièvre et se sentait bien. Pourtant elle se plaignait de toux, et de dyspnée d'effort modérée qu'elle avait remarquée depuis mars 1902. L'examen radioscopique ne fut pas plus instructif que l'examen physique. Le 10 *novembre* une ponction exploratrice est faite sur la ligne axillaire.

Six essais sans résultat, après la dernière tentative cependant une goutte d'un liquide épais, blanchâtre, sortit de l'aiguille.

Sous le microscope elle apparut comme étant constituée par de larges cellules épithéliales, la plupart sans noyau, qui ressemblaient à la couche cornée de l'épiderme.

On trouvait également des cristaux de cholestérine.

On émit l'opinion que des cellules de la peau avaient pu pénétrer dans l'aiguille lors des ponctions répétées, et on décida de renouveler l'opération, mais la malade quitta l'hôpital.

Elle revint le 16 *décembre*, elle se sentait malade et avait de la fièvre depuis deux jours.

Les signes physiques n'étaient pas changés, le soir il y avait légères élévations thermiques qui disparurent bientôt.

Le 18 *décembre* on fit une ponction exploratrice sur la ligne axillaire médiane avec une aiguille de 7 centimètres de long.

On ne rencontra aucune résistance, mais on n'obtint pas de liquide.

En la retirant il restait un centimètre cube d'un liquide opaque qui fut expulsé, il avait une apparence épaisse, huileuse et de petites particules en suspension.

Comme confirmation des découvertes précédentes on y trouva des gouttelettes de graisse et des cellules épithéliales avec dégénérescence graisseuse.

Il n'y avait ni globules blancs, ni globules rouges. Ceci permit de faire le diagnostic de kyste dermoïde du médiastin antérieur, et la malade fut envoyée à Vienne, à la clinique du professeur Eiselberg.

L'opération fut faite le 21 *janvier* 1903, par von Eiselberg.

Résection de 25 centimètres de la troisième et de la

quatrième côte, entre les lignes sternale gauche et axillaire antérieure.

En mettant à nu la plèvre, il put voir au travers d'elle une tumeur blanche, par dessus laquelle les feuillets pleuraux glissaient librement.

La plèvre fut ouverte, d'où pneumothorax. On mît à nu une tumeur blanche, légèrement bosselée : la ponction exploratrice donna un liquide blanc.

La tumeur n'avait pas d'adhérences solides, mais elle était trop volumineuse pour qu'on put l'enlever à travers l'ouverture.

Le kyste fut incisé dans la partie supérieure et de plusieurs poches qui furent ouvertes, s'échappa environ 1/4 de litre d'un contenu blanc friable.

Légères adhérences entre la tumeur d'une part, le poumon et le péricarde d'autre part.

Le néoplasme fut enlevé laissant une large cavité dans laquelle on pouvait voir le poumon complètement atélectasié, et le péricarde indemne de toute lésion. Le cœur venait maintenant à gauche.

Les kystes enlevés contenaient une substance grise, graisseuse, composée en grande partie de cellules épidermiques. Ni poils, ni dents, ni os.

L'examen microscopique montra que la membrane des kystes était composée de plusieurs couches d'épithélium cubique.

La convalescence traîna en longueur et les suites opératoires furent plutôt graves, pourtant, l'état de la malade finit par s'améliorer et 2 mois après on apprenait les renseignements suivants :

Malade paraît en bon état : elle a seulement un peu de suppuration au niveau de la blessure qui s'est cicatrisée.

Poumon gauche a repris son volume normal, et on y entend partout le murmure vésiculaire.

Le cœur est également normal.

OBSERVATION 47. — PREDTSCHENSHY. — *Kyste dermoïde de la cavité thoracique. Praktitchesky Wratch. St-Pétersbourg*, II, p. 55, p. 83, 1903, in Morris.

X., femme, âgée de 19 ans, entre à la clinique du professeur Kischkin le 9 septembre 1902 se plaignant de douleurs dans le côté droit et d'une violente dyspnée d'effort.

La maladie actuelle a commencé à la fin de 1900. Depuis l'été 1901 les symptômes avaient été en s'aggravant.

Hémoptysie 10 jours auparavant. Pendant l'été dernier la malade était restée chez elle et avait été améliorée.

Etat actuel. — 1^er^ *septembre* 1902. — Température normale. Le décubitus latéral gauche provoque une violente dyspnée, entre la deuxième et la quatrième côte droite se trouve une saillie très marquée ; l'expansion est donnée à droite.

Fremitus vocal plus faible à droite et manque au niveau de la saillie.

Pas de douleur à la palpation.

La percussion du sommet droit donne une *matité relative* allant en augmentant jusqu'au troisième espace où *elle est absolue*. A partir de la quatrième côte, elle diminue en allant vers le bas.

En arrière au-dessus de l'épaule droite, le son est *mat* avec résonnance tympanique.

Juste au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, le son est plus clair dans l'aisselle entre les deux barres de matité absolue.

Poumon *gauche normal*, à droite, à l'auscultation,

murmure vésiculaire affaibli dans toute l'étendue du poumon, avec absence de bruits respiratoires au niveau des barres mates.

Râles secs et murmure vésiculaire rude à gauche.

Toux légère, expectoration muco-purulente, pas de bacille de Koch.

La pointe du cœur est dans le sixième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure.

A part cela le cœur est normal.

Le bord inférieur du foie descend de deux travers de doigt au-dessous du rebord costal sur la ligne mamelonnaire.

Sang normal.

Ponction exploratrice dans la matité absolue antérieure, 4 jours après l'entrée.

Liquide jaunâtre, épais, contenant des cellules purulentes, des gouttelettes graisseuses, des cristaux de cholestérine *et des détritus.*

Le 20 septembre, la ponction fut faite sous l'omoplate avec résultat identique.

Diagnostic. — Empyème enkysté.

5 *octobre* 1902, opération par le professeur Podroff.

Résection de la septième côté dans l'aisselle, on découvre une cavité dont on retire quatre verres d'un liquide épais, purulent contenant des cheveux et des coagula.

9 *octobre*, on resèque la neuvième côte au niveau de la ligne scapulaire pour drainer la cavité mal vidée à la suite de la première opération.

Un mois 1/2 après la deuxième intervention, la malade était en voie de guérison.

Le poumon droit ayant repris son volume, on examina une partie de la paroi ; elle ressemblait tout à fait à la peau.

OBSERVATION 48. — Von Eiselberg. — *Ibid.*, in Morris.

Un enfant de 3 ans fut apporté à la policlinique d'Albrecht, avec dyspnée violente et cyanose.

L'examen fournit les signes d'une pleurésie gauche avec épanchement et la ponction exploratrice donna un lique hémorragique.

La mort survint en un temps très court.

Autopsie. — *Kyste dermoïde* du médiastin adhérant lâchement au poumon.

A l'examen microscopique. — Tératome subissant la dégénérescence sarcomateuse.

On trouva de l'os et du cartilage.

OBSERVATION 49. — Modelung. — *Uber Extirpation einer Dermoid des Mediastinum anticum. Beirtrag zur Klinischen Chirurgie.* Bd. XLI, p. 217, 1903, in Morris.

X., Sous-officier, âgé de 27 ans, fut pris de douleurs dans le côté droit de la poitrine, et dans l'épaule droite en 1884.

Ces symptômes persistèrent pendant 3 ans, le malade était capable de faire un léger travail.

Le 6 *avril* 1887, on trouve une tumeur dans l'espace sus-claviculaire droit.

Ponction le 1er *mai.* — On évacue un liquide jaunâtre.

A l'incision on put passer une sonde vers le bas, sous le sternum, deux semaines après le malade présenta le soir une élévation de température et une *matité présternale.*

Elle s'étendit graduellement vers le bas, le long du bord droit du sternum.

Intervention. — On réséqua la cinquième côte sur la ligne axillaire le 16 *juin*, et deux litres d'un liquide séro-purulent s'échappèrent.

Peu après, le patient, homme d'une constitution solide, vint voir pour la première fois l'auteur de cette observation.

La plaie se cicatrisait, une fistule persistait en haut et donnait une légère suppuration.

De temps à autre, de longs cheveux noirs s'en échappaient, souvent roulés en boule.

L'examen à la sonde montra que le sac s'étendait très loin en bas sous le sternum.

Le malade quitta l'hôpital en 1888, dans un état de santé précaire ; il mourut le 15 mai 1893 de cause inconnue.

OBSERVATION 50. — Madelung, *ibid.*, in Morris.

En juillet 1893, X., fillette âgée alors de 6 ans fit une chute et reçut un coup violent à droite sur la face antérieure du thorax.

On trouva les jours suivants tous les signes d'un épanchement pleural droit et l'on pensa à un hemothorax.

Elle fut maintenue au lit pendant trois semaines : l'épanchement disparut, mais l'enfant eut une toux sèche, semblable à celle qui existait avant l'accident.

En *juin* 1894, il n'existait plus aucun signe d'épanchement

Le 30 *juin* de nouveau l'épanchement réapparut dans la plèvre droite.

Ponction exploratrice. — Donne un liquide de mauvaise odeur, et le médecin traitant (docteur Kilian)

réséqua une côte au-dessous de l'omoplate droite. Ainsi fut évacué un liquide brun foncé, malpropre, purulent.

La malade entra à la clinique chirurgicale de Strasbourg le 12 *juin* 1899.

Elle est âgée, à ce moment de 12 ans ; pâle, très émaciée.

La toux fait pencher fortement vers le diagnostic d'empyème ancien.

On fit une radiographie :

Dans la partie supérieure de la moitié droite du thorax le poumon fonctionnait ; de trois fistules s'échappait un pus abondant, clair, aqueux.

Opération le 14 *juin* 1899. — Derrière la deuxième côte, une incision fut faite dans une large cavité située derrière le sternum.

On y voyait une proéminence de la grosseur d'environ l'extrémité du pouce, couverte de peau.

On l'enleva ainsi qu'une autre tumeur adhérente.

La cavité fut remplie de gaze ; la convalescence fut bonne, la température restant toujours normale.

29 *septembre* 1903. — Les deux poumons étaient sonores. Le murmure vésiculaire était seulement un peu plus faible en arrière, à la base droite aucun autre signe.

La malade âgée maintenant de 16 ans est capable de faire des voyages en montagne.

L'examen histologique du tissu enlevé à l'opération, montra l'aspect de la peau, avec épiderme, follicules pileux et glandes sébacées ; on trouva du cartilage.

Le contenu comprenait de l'épithélium en partie desquamé et de la graisse.

OBSERVATION 51. — Dangschat. — *Beitraege zur Genese, Pathologie, und Diagnose der dermoid cysten und Teratome in mediastinum anticum. Beitrag. zur Klinisch Chirurgie*, p. 692, 1903.

Le premier cas concerne une filette de 12 ans qui fut reçue en août 1899 dans la clinique chirurgicale de l'Université de Rostock. Patiente âgée de 12 ans. Auparavant, bien portante et vigoureuse ; commença en septembre 1899 à se plaindre fréquemment de point de côté gauche et de gêne respiratoire temporaire. En avril 1899 elle avait été malade avec les signes d'une pleurésie exsudative gauche et phénomènes de forte compression. Le choc du cœur était perçu à droite du sternum dans le cinquième espace intercostal. La limite de matité avait une forme excessivement rare pour une pleurésie exsudative puisqu'elle allait en avant de la troisième côte à la huitième côte en arrière en forme d'arc. Après dix jours survint une amélioration avec une forte diurèse, si bien que l'enfant se rétablit. Mais la respiration courte et la toux persistèrent, et après un certain temps quoiqu'il n'y eût pas de fièvre, la matité augmenta de façon à atteindre en avant la clavicule et en arrière la huitième côte. Une ponction faite le 22 juillet 1899 dans le quatrième espace intercostal sur la ligne axillaire gauche antérieure donna 400 cc. d'un liquide semblable à du sérum sanguin. Un soulagement subjectif en fut la conséquence (contrôlé objectivement). La deuxième ponction exploratrice le 31 juillet ne donna aucun résultat. Très rapidement, la moitié gauche du thorax se voussura dans la région comprise entre le sternum et la ligne mamelonnaire gauche, nettement à partir de la deuxième côte, la moitié gauche de la poitrine devint plus volumineuse. La matité atteignit en arrière l'épine de l'omoplate. Dans les derniers jours d'août, avec une aggravation de l'état gé-

néral et une vive dyspnée, apparut une haute élévation de température jusqu'à 40° pour laquelle la patiente fut conduite à la clinique chirurgicale de Rostock.

Etat. — Fillette maigre, pâle, assez fortement fébrile, très dyspnéique de telle sorte qu'elle doit prendre dans le lit presque la position assise ; légère cyanose du visage, pouls assez rapide et petit ; — concordance des deux radiales ; langue peu saburrale. Le côté gauche du thorax reste fortement en arrière dans la respiration, mais est plus volumineux. A la hauteur du mamelon gauche, la circonférence est de 2 cent. plus grande qu'à droite, le territoire entre le bord gauche du sternum et la ligne mamelonnaire gauche est nettement voussuré vers la droite. Légère dilatation veineuse sur la paroi antérieure du thorax, — aucune stase — de même qu'au cou et au visage et aux extrémités supérieures aucune particularité dans la réplétion veineuse. La voix est nette et claire — image laryngoscopique difficile à obtenir, aucune paralysie des cordes vocales. Jugulaire libre, de même, aucune résistance anormale dans les régions sus et sous-claviculaires, aucune tuméfaction ganglionnaire au cou, dans les aisselles, les aines. Toux sèche, pénible, sans expectoration. *Percussion.* Sonorité est absolument diminuée en avant du côté gauche, et aussi dans le creux sus-claviculaire ; latéralement matité absolue également de même en arrière. *En avant* la matité atteint presque le bord droit du sternum. A partir de la troisième côte la matité descend sur le côté droit de la poitrine presque dans le voisinage de la ligne mamelonnaire droite et se perd en bas dans la matité hépatique. Le choc du cœur est visible et perceptible à droite dans le quatrième espace intercostal un peu en dedans de la ligne mamelonnaire droite. Les bruits du cœur sont purs et nets.

Auscultation. — Le murmure vésiculaire est dans toute la moitié gauche du thorax fortement affaibli, à peine perceptible en bas ; *en arrière*, léger ronchus bronchique. La très forte sensation de résistance à la pression est étonnante dans les espaces intercostaux de la voussure de la partie gauche antérieure du thorax. *En bas* la matité du côté gauche part horizontalement du cartilage de la quatrième côte ; le diaphragme n'est pas à proprement parler refoulé ; rate non palpable, non perçue à la percussion.

Diagnostic. — *Tumeur probablement ramollie* et même partiellement *suppurée ;* très probablement kyste hydatique de la plèvre ou du poumon avec pleurésie exsudative et empyème consécutif.

Le 6 septembre 1899 opération sous narcose chloroformique (P. V. Chamisso). Ponction exploratrice dans le quatrième espace intercostal peu éloignée de la ligne mamelonnaire gauche, donne un liquide clair, légèrement jaunâtre, au début clair, puis légèrement trouble dont on aspira 300 cc. Après l'enlèvement de cette quantité aucun liquide ne coula plus ; l'aiguille n'était pas enfoncée profondément. La matité ainsi que le refoulement du cœur ne changèrent pas. Une ponction faite dans le cinquième espace un peu en dedans de la ligne axillaire antérieure ne donne pas de résultat, par contre une ponction faite dans le neuvième espace un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure, à la profondeur d'environ 4 cent. donna du pus sentant mauvais. — Là-dessus, *résection de la neuvième côte* sur 6 cent.; ponction à travers le périoste donne encore du pus ; incision : après incision de la plèvre costale on tombe sur un organe solidement adhérent à celle-ci de surface supérieure lisse, d'apparence musculaire qui ne se mobilise pas par la respiration. L'incision de cet organe provoque une vive *hémorragie ;* malgré plusieurs ponctions on ne trouve pas de pus. *Là-dessus résection*

d'une partie de la huitième côte et écartement des parties molles du huitième espace mais plusieurs ponctions ne révèlent *pas de cavité purulente.* Immédiatement sous la plèvre costale après libération des adhérences entre celle-ci et le corps uni, se présentant comme le poumon induré, le doigt de l'opérateur va loin en haut, en arrière et en avant, sans pouvoir nulle part déceler un ramollissement ou une fluctuation. Une ponction dans le cinquième espace entre la colonne et l'omoplate est négative. — Comme le pouls est mauvais et comme la patiente est assez mal et cyanosée, l'opération est interrompue. — Tamponnement entre la plèvre costale et le poumon. — Tamponnement de la plaie.

Au changement de pansement le deuxième jour, suinte de la plaie un pus rare, légèrement brun, mêlé de flocons, qui coule de l'incision faite au poumon comme on le voit par un examen plus attentif. Avec des pinces et le bistouri on ouvre une cavité superficielle ; longue de 4 cent. environ, à parois molles, irrégulières. Entre cette cavité et le système bronchique on ne découvre pas de communication. La plaie *est tamponnée.* Le jour suivant la sécrétion cavitaire est assez forte, l'état général s'améliore, la dyspnée n'existe plus. La température présente de grandes oscillations : le matin 37,2 à 37,7, le soir 40,1. La cavité pulmonaire commence à se combler progressivement, le côté gauche du thorax paraît de même perdre de son volume. Les signes physiques ne changent pas. Cependant il est bizarre qu'avec un refoulement persistant du cœur vers la droite l'espace de Traube reste libre et donne nettement le son stomacal. On ne trouve pas un deuxième foyer pulmonaire, présumé à la suite d'une ponction dans le quatrième espace. Par le refoulement du cœur et les signes physiques concomitants de l'espace de Traube, on fut conduit à l'hypothèse qu'il s'agissait bien d'une tumeur du médiastin antérieur ou du péricarde.

C'est pourquoi le 10 octobre on procéda à une deuxième opération (Profess. Garré). Ponction dans le quatrième espace sur la ligne axillaire antérieure donna un exsudat sérieux, tout à coup se précipitent dans la seringue des matières épaisses, purulentes. — On incise à cette place, on résèque 7 à 8 cent. de la quatrième côte de façon que la blessure atteint presque la ligne mamelonnaire en dedans. Par une incision sur la pointe de la seringue on voit sourdre beaucoup de pus: on arrive alors dans un espace caverneux où le doigt sent en palpant des tumeurs tuberculeuses de la grosseur d'une noisette et d'une petite pomme sans pour le moment en voir la signification. Les tumeurs paraissent molles ne changeant pas par la respiration. Entre les formations tuberculeuses se trouve du pus en abondance. En arrière la cavité est fermée contre l'espace pleural par une épaisse paroi qui se compose soit de la plèvre pulmonaire devenue scléreuse soit du tissu pulmonaire modifié. Un tissu dur. sépare la cavité actuellement ouverte de cette libérée par la première opération. — On réussit à décoller la membrane séparatrice assez loin en haut. Par la plaie opératoire inférieure primitive on conduit un drain épais vers la nouvelle cavité à travers l'ouverture de perforation et après excision de deux petits tubercules, la plaie opératoire nouvelle est tamponnée.

L'examen microscopique du pus retiré de la nouvelle cavité révèle à côté de leucocytes polynucléaires et de streptocoques isolés, de nombreuses cellules épithéliales plates, isolées et en amas. Les deux morceaux excisés montrent sur leur face superficielle un épithélium plat à nombreuses assises, dont les cellules superficielles montrent une kératinisation nette ; sous l'épithélium plat se trouve du tissu cellulaire fasciculé avec et sans formation papillaire, le diagnostic d'un *dermoïde* est *ainsi certifié*.

La patiente a bien supporté l'opération, son état général s'améliore rapidement ; progressivement deux tumeurs de la grosseur d'une noix à large pédicule font hernie dans la plaie antérieure et finalement s'éliminent par la plaie. Les cavités paraissent se combler. En arrière, on entend partout un léger murmure vésiculaire, le doigt sent aussi par la plaie postérieure l'expansion inspiratoire du poumon. Les deuxième et troisième côtes se sont bombées en avant progressivement à la limite du cartilage, l'espace de Traube est devenu plus grand. — Malgré tout, les signes sur la moitié gauche du thorax sont les mêmes. La patiente s'est visiblement rétablie, elle a bon appétit, est gaie et journellement reste plusieurs heures en dehors de son lit. — Sur son désir, elle est le 3 *décembre* 1899 envoyée à un autre traitement polyclinique. — Avec le traitement polyclinique la patiente se rétablit tout à fait ; le dermoïde sort de la plaie antérieure à la fin de janvier 1900 avec la grosseur d'une petite pomme et montre divers prolongements. En février 1900 la patiente est rapportée à la clinique parce qu'elle a ressenti chez elle de la dyspnée et des douleurs. — L'examen ne donne rien de particulier.

16 *octobre* 1900. — Nouvelle entrée à l'hôpital avec notice suivante du docteur Biemann-Marlow. Après la sortie le 22 février 1900 la patiente se sentait tantôt bien, tantôt mal, mais la plupart du temps était alitée. Fréquemment elle souffrait et avait aussi des vomissements, si, après avoir mangé, elle avait une quinte de toux.

Etat. — Patiente très fortement amaigrie, d'aspect pâle, anémique. La couche graisseuse a presque entièrement disparu. Musculature très atrophiée. Le cœur est fortement repoussé à droite, la limite droite est entre le bord droit du sternum et la ligne mamelonnaire droite. Les bruits *sont purs*. A *gauche*, le *thorax*, no-

tamment à sa partie inférieure et dans la région axillaire, est considérablement affaissé ; *à droite*, forte voussure de la partie inférieure et forme de *tonneau*. A *gauche* on voit sur la neuvième côte entre la ligne axillaire postérieure et la ligne scapulaire une partie cicatricielle rétrécie d'environ 8 centimètres de longueur au milieu de laquelle apparaît une fistule d'où s'écoule abondamment un liquide séropurulent.

Le *cathétérisme* est *possible latéralement* sur une profondeur de 3 centimètres en suivant le trajet de la côte et provoque une forte quinte de toux. En avant à *gauche*, entre la ligne *axillaire antérieure* et la ligne mamelonnaire fait hernie une tumeur de la grosseur d'un poing d'homme, épithélialisée sur sa face superficielle, munie de prolongements, un peu œdémateuse, que l'on peut poursuivre à l'intérieur dans la cavité thoracique et qui est largement pédiculée ; on voit des tumeurs semblables dans la cavité pleurale en soulevant la tumeur. La sécrétion est relativement forte par l'ouverture thoracique. Sur tout le poumon droit *son tympanique haut ;* tout le poumon droit est fortement emphysémateux. — *Poumon gauche :* au sommet dans la fosse sus-épineuse et dans le premier espace en avant le son est bref avec sonorité tympanique ; respiration rude, râles secs et humides, *expiration prolongée*.

En *arrière* au *dessous* de l'épine de l'omoplate, matité absolue jusqu'à la neuvième côte ; à partir de la neuvième en bas, le son redevint normal. Respiration rude en avant de la deuxième côte ; en bas, matité absolue ; aucun murmure vésiculaire. L'expectoration est assez abondante, purulente, avec du sang.

Pendant le séjour dans la clinique, l'expectoration était très abondante ; plus tard elle contenait fréquemment du sang. La sécrétion de la cavité dermoïde était très forte. La tumeur grossissait lentement ; de la

plaie thoracique sortaient progressivement de nouveaux noyaux de la grosseur d'une noisette. La patiente devenait de semaine en semaine plus misérable, ses forces déclinaient de jour en jour. La percussion et l'auscultation du thorax ne changeaient pas, sur son désir la patiente fut renvoyée chez elle le 13 janvier 1901. D'un bon rapport ultérieur de M. le Docteur Riemann il ressort que dans la suite l'état général ne s'était pas spécialement aggravé, l'appétit était tantôt bon, tantôt mauvais, à certaines périodes la patiente pouvait rester des journées entières hors de son lit. Les prolongements de la tumeur située en avant de la plaie sont recouverts d'une production blanche, semblable à de la peau à leur surface, assez à vif dans leurs points de contact avec la paroi thoracique. La sécrétion est encore assez forte mais elle a pris un caractère plus muqueux et filant. La partie de la tumeur tournée vers l'aisselle paraît ratatinée au dire de la malade et d'après l'examen objectif. Les parties thoraciques situées en avant, au-dessus de la tumeur, donnent à la percussion un son nettement tympanique, de la respiration bronchique et parfois des râles sonores. En arrière et en haut on entend une respiration obscure avec des bruits bronchiques et craquements. Le choc du cœur est à droite dans le quatrième espace à un pouce en dedans de la ligne mamelonnaire. Plus de fièvre d'après la mère. Toux et expectoration sont modérées. A la Pentecôte en 1902 la patiente eût deux hémoptysies au cours desquelles une certaine quantité de sang rouge clair s'écoula par la plaie.

OBSERVATION 52. — Dangschat, *ibid.*

Le deuxième cas concerne une jeune fille de 18 ans qui au mois de Juillet 1900 vint à la clinique universitaire chirurgicale de Königsberg. Après une opéra-

tion heureuse du professeur Eiselberg j'eus l'occasion de voir la patiente dans une présentation clinique.

De l'observation nous tirons ce qui suit :

Marie St., 18 ans, provient d'une famille saine. A eu la rougeole dans l'enfance et depuis jusqu'à la maladie actuelle n'a jamais été sérieusement malade. — En septembre 1899 après une promenade, la patiente souffrit dans le côté gauche de la poitrine ; après quelques jours elle revint à la santé. En décembre 1899 les douleurs apparurent de nouveau sans cause connue particulière. En 1900 pour la première fois, secours médicaux au nouvel an. — Le médecin ordonna aussitôt une friction après l'usage de laquelle une petite amélioration se manifesta. — Depuis, les douleurs ont entièrement disparu. Le médecin appelé en consultation le 29 janvier 1900 constata une amélioration du pouls. Pouls entre 100 et 114. A l'examen du thorax, il constate au sommet du poumon gauche une matité qui en avant rejoignait la matité cardiaque et en arrière atteignait presque l'angle de l'omoplate. Le murmure vésiculaire était dans les parties mates nettement affaibli. Dans la suite les douleurs de la patiente augmentèrent, il se manifesta une voussure nette de la région sus scapulaire des creux sus et sous-claviculaires et la résistance à la pression augmenta dans les espaces intercostaux. Au commencement d'avril 1900, une ponction exploratrice fut faite et on retira un liquide jaune, trouble ; une ponction ultérieure donna plus de 500 gr. du même liquide. Comme malgré cela les douleurs augmentaient sans gêne particulière de la respiration, au milieu de mai 1900 dans la maison des Diaconesses de Manenweider, on fit une résection de la troisième côte. — D'une cavité en apparence située dans le lobe gauche supérieur on vida une bouillie graisseuse, fétide, mêlée de longs cheveux. — Depuis, par l'ouverture créée sont encore sortis des matières jaunâtres flocon-

neuses, glaireuses, parfois des tas athéromateux et ça et là de nouveau, des cheveux. Par des lavages avec des solutions antiseptiques on établit que la cavité contenait exactement 1 litre. Le 14 juin 1900 la plaie fut encore élargie sous narcose. Avec le diagnostic : Kyste dermoïde de la partie supérieure gauche du thorax, elle fut présentée à la clinique chirurgicale universitaire de Königsberg. Pendant le temps de son admission la malade n'a aucune douleur particulière, mais elle est très gênée par l'écoulement purulent.

Etat. — Jeune fille de complexion grèle en bon état. Cœur sans particularités. — Pouls 110-120. Le poumon droit donne partout un son plein, normal, aucun bruit anormal. Sur la moitié gauche du thorax on voit un peu en dedans de la ligne mamelonnaire à la hauteur de la troisième côte une petite plaie caverneuse de la grosseur d'une petite noix qui conduit dans la profondeur. Il en sort une sécrétion un peu purulente. La continuité de la troisième côte est interrompue en cet endroit. Les creux sus et sous-claviculaires gauches sont un peu plus bombés qu'à droite ainsi que les espaces intercostaux. Dans la respiration, le poumon gauche reste nettement accolé au poumon droit. A la *percussion* en avant, du sommet à la quatrième côte ; en *arrière*, de l'épine jusqu'à environ 3 cent. au dessus de l'angle de l'omoplate, *son métallique*, avec le plessimètre, *bruit métallique net.* Le son de percussion ne change pas de caractère avec l'ouverture ou la fermeture de la bouche. Dans la partie inférieure de la moitié gauche du thorax on entend un murmure vésiculaire affaibli ; dans la partie supérieure, on entend à peine le murmure vésiculaire.

Diagnostic. — Kyste dermoïde du médiastin antérieur. 24 juillet 1900. Opération (Eiselsberg). Narcose avec mélange de Billroth. Incision en avant, par la fistule à convexité inférieure, commençant au bord

sternal gauche, environ à la hauteur de la deuxième côte et gagnant la ligne axillaire postérieure environ à la hauteur de la troisième côte ; résection de la deuxième côte sur une longueur de 15 cent., ensuite résection de l'extrémité postérieure de la troisième côte déjà en partie réséquée sur 18 cent. environ. Finalement résection de la première côte où on enlève à la scie de Gussenbauer un petit morceau de sternum large d'environ 1 cent. sur une longueur de 12 cent. Alors la paroi antérieure du kyste est largement abordable. Incision. La paroi intérieure du kyste ressemble à de la peau ou épiderme, couverte de cheveux par places. La face inférieure répondant au dôme supérieur du péricarde présente une série de petits et grands sillons et des éminences mamelonnées qui portent de riches touffes chevelues. Tandis que le sein est tiré en bas, les vaisseaux sont tirés avec prévoyance en haut dans l'aisselle avec un crochet mousse. On excise de la paroi antérieure du kyste un gros morceau de la grosseur du plat de la main. On voit maintenant, répondant à la paroi postérieure du kyste, le poumon recouvert par la paroi du kyste, s'enfler et s'affaiser respiratoirement. On tente de créer une cavité lisse en détruisant au thermocautère quelques-uns des sillons et des mamelons décrits. Immédiatement, comme conséquence, les mouvements du cœur s'accélèrent fortement ; c'est pourquoi on ne pousse pas plus loin l'intervention et tout autour on suture la peau extérieure au revêtement interne du kyste. On introduisit ensuite des tampons de gaze iodoformée : 1° contre le médiastin ; 2° contre le péricarde ; 3° contre les gros vaisseaux de l'aisselle et toute la cavité est bourrée de gaze.

Dans les jours qui suivent l'opération le pansement est changé chaque jour, au début il est peu traversé, mais plus tard il contient une abondante secrétion. C'est pourquoi la cavité est tamponnée de gaze qui au-

paravant a légèrement été imbibée d'eau chlorée. Un emphysème sous-cutané qui s'était développé le deuxième jour après l'opération dans la cavité axillaire disparut en peu de jours. Au début, température normale, le troisième jour au soir atteignit 38°5 et depuis se maintint le soir entre 38 et 38°5. Le pouls était toujours assez rapide, environ 120 pulsations par minute. Les uniques douleurs de la patiente sont des points dans le dos et le côté gauche. Pas de gêne respiratoire. Jusqu'au 1er *août* 1900 la cavité s'est remarquablement rapetissée. Le cœur est tiré en haut, de sorte que la base du cœur est au même niveau que le bord le plus inférieur de la plaie. Le jour suivant la région de l'articulation sterno-claviculaire rougit, s'enfle et devient douloureuse à la pression. — 5 *août* 1900, après s'être endormie tranquillement le soir, la patiente se réveille à 11 heures, sent le pansement humide et le trouve rouge ; tout le pansement était imbibé de sang. Après enlèvement de la gaze on vit que cela saignait fortement de l'endroit du médiastin où on avait placé les tampons de gaze iodoformée. La cavité est tamponnée avec de la gaze iodoformée trempée dans une solution de gélatine à 10 %, en outre on fait une injection sous-cutanée *de solution* de gélatine à 5 %.

En conséquence de l'hémorragie la patiente est très anémique et se plaint de céphalée. — 7 *août*. La deuxième hémorragie survient à 6 heures du soir ; la perte de sang est très grande. Le sang est *veineux* et provient très probablement de la veine mammaire interne qui par suite d'un processus inflammatoire dans la profondeur vers le médiastin est probablement ulcérée. On verse de la solution de gélatine dans la cavité et toute la cavité est solidement tamponnée de gaze. On injecte également une solution de gélatine sous la peau. Le pouls est incomptable, petit, la patiente est à demi sans connaissance. Après une injection sous-cutanée de

sérum physiologique la patiente se remet assez rapidement. Provisoirement on repousse une intervention opératoire à cause de l'état de la patiente et de la gravité de l'intervention. Peu à peu la patiente se rétablit et le 9 août se sent assez bien malgré l'anémie très prononcée. Le 10 août se produit la troisième hémorragie. A l'inspiration sortit de la cavité un jet de sang veineux. L'hémorragie s'arrêta par la pression du doigt dans la cavité. Malgré tous les moyens pour combattre l'hémorragie la patiente est bientôt sans connaissance et meurt une demi-heure plus tard.

Autopsie. — Corps amaigri avec peau pâle ; sur la moitié gauche du thorax existe de la clavicule, à la quatrième côte une plaie profonde qui traverse le tégument et la cage thoracique et conduit jusque dans la profondeur de la cavité thoracique gauche. Les bords de la peau sont renversés et unis. Dans le fond de la plaie thoracique se voit une formation recouverte d'épithélium et de cheveux blond foncé ; en haut et en arrière se voit un revêtement uni et blanc qui se continue avec la peau extérieure. Le pannicule adipeux est encore assez bien développé, la musculature est rouge pâle. Le dôme du diaphragme à *droite*, est sous le bord de la quatrième côte, à gauche dans le cinquième espace intercostal. La résection de la paroi thoracique gauche concerne les première, deuxième et troisième côtes.

Après enlèvement du sternum le poumon droit se rétracte très bien, le cœur est dans une dilatation normale. A *gauche*, dans la cavité pleurale inférieure le poumon est fixé par des adhérences cellulaires lâches. *En haut et en avant*, le poumon gauche est adhérent avec une tumeur dure qui atteint immédiatement du bord sternal gauche la paroi costale gauche ; qui *reste* en bas éloignée de 5 centimètres de la pointe du cœur

et arrive en haut dans la cavité pleurale gauche tandis que le poumon gauche comprimé est situé contre la paroi thoracique postérieure à côté de la colonne vertébrale et paraît refoulé en entier vers le bas. Les deux lobes pulmonaires sont reliés entre eux par des adhérences de tissu cellulaire. De semblables adhérences relient la plèvre du lobe supérieur à la plèvre médiastine, en passant sur la tumeur. Le kyste dermoïde est recouvert à gauche par la plèvre médiastine sur laquelle de nombreuses petites hémorragies sont visibles. Le cœur montre sur le tronc de l'artère pulmonaire des épaississements tendineux blancs du péricarde pariétal des cordes tendineuses formant un réseau. En sortant les organes thoraciques on voit que l'articulation sterno-claviculaire gauche est détruite, le cartilage est nécrosé. Sous la clavicule se trouve immédiatement un caillot sanguin mou et décoloré, ensuite une cavité à paroi mal colorée qui se continue en arrière avec le tronc veineux innommé. Au-dessus de cette cavité se montre un autre diverticule rempli de masses hémorragiques et de vieux caillots et qui se continue sous la clavicule et l'artère sous clavière gauche jusque dans le creux de l'aisselle. Après ablation, la tumeur se présente comme un sac de la grosseur d'une tête d'enfant recouvert partout d'épithélium et qui contient dans sa profondeur des parties dures. Elle présente une surface raboteuse, mamelonnée et sur ces mamelons se tient la production chevelue déjà mentionnée. Seulement en quelques points l'épithélium est remplacé par du tissu granuleux rouge. A la coupe par en bas on voit sous l'épithélium du tissu graisseux et sous celui-ci en un point un noyau osseux et une tache pigmentée de la grosseur d'un grain de poivre. Le cœur forme une boule anormalement étroite, il est comprimé au niveau de sa partie gauche. Musculature cardiaque brun pâle, flasque, valvules libres. Le pou-

mon droit contient partout de l'air, crépite, il est libre d'adhérences et assez pâle.

A l'*incision*, *tissu* exsangue, en partie gris, en partie rouge-gris. Le *poumon gauche*, montre aussi un tissu très exsangue et contenant peu d'air. Les autres organes offrent tous le tableau d'une forte anémie, mais ne montrent aucune modification pathologique.

L'examen de la préparation anatomique fut bien fait par les privats-docents docteurs Askinazy et Rautenberg. La description de celle-ci et son examen anatomique ont paru sur ces entrefaites dans une publication de Rautenberg à laquelle j'emprunte ce qui suit :

Le kyste dermoïde appartient au médiastin antérieur, il est solidement adhérent au poumon gauche et atteint en bas presque la pointe du cœur ; on ne peut pas en haut la limiter dans le tissu cellulo-graisseux médiastinal. La sortie des gros vaisseaux du cœur est recouverte par la tumeur. L'artère carotide gauche court en une courbe légère sur le dôme de la tumeur; l'aorte est presque passée en pont par la tumeur au point, où la crosse se change en aorte descendante.

La tumeur elle-même est de la grosseur d'une tête d'enfant longue de 18 cent. environ, large de 9 cent., épaisse de 7. La cavité est partout recouverte d'épiderme qui par places est remplacé par du tissu de granulation rouge. La paroi présente par endroits des bosses dans la cavité. Une bosse particulièrement grosse se trouve dans la moitié inférieure du kyste. Les mamelons portent des cheveux de 1 à 1,5 cent. de long. La surface d'incision de la base de la tumeur laisse reconnaître sous la peau de la grosse tuméfaction, un pannicule adipeux épais de 1,5 centim. dans lequel se tient en arrière un morceau d'os large de 1,1 cent. et haut de 1,2 cent. et qui est compact du côté de la surface intérieure du kyste, est plus spongieux en bas et est

traversé par des espaces de moelle. En outre se trouvent là plusieurs cavités à parois lisses. Un corpuscule cartilagineux de 7 mm. de long est adjacent à un kyste à paroi unie et à l'os déjà mentionné. Un autre morceau d'os et plusieurs morceaux de cartilage sont encore sur le côté opposé au kyste à paroi unie. L'examen microscopique a donné le résultat suivant :

En dehors d'un tégument bien développé avec tissu cellulaire sous-cutané on trouve encore de l'épithélium pavimenteux stratifié, de l'épithélium cylindrique avec glandes, de l'épithélium vibratile stratifié, des glandes muqueuses du cartilage, de l'os avec périoste, des ostéoblastes, du tissu de moelle et ostéoclaste, des fibres musculaires lisses, des fibres musculaires striées, des ganglions avec grosses cellules ganglionnaires, des fibres nerveuses de la substance nerveuse centrale *avec grains cérébraux* du tissu névroglique et des cellules nerveuses.

Quoique ces tissus de toute sorte, écrit Rautenberg, se pénètrent sans ordre, on ne pouvait pas cependant méconnaître une disposition organique. L'union d'épithélium vibratile avec glandes muqueuses, sous-muqueuses, morceaux de cartilage et couches de musculature lisse montraient la disposition du tractus respiratoire. En outre se trouvaient aussi des formations qui rappelaient vivement le tractus intestinal : épithélium cylindrique, fréquentes cellules en coupe, glandes (cryptes de Lieberkühn), tissu lymphatique et follicules, en outre couches de fibres musculaires lisses. Mais la chose la plus importante est la découverte de substance nerveuse centrale avec cellules ganglionnaires, tissu névroglique et des fibres nerveuses.

A la partie postérieure de la tumeur se trouvait voisin du revêtement épidermique un abondant tissu lymphatique avec corpuscules de Hassal, sans aucun doute thymique.

OBSERVATION 53. — Stostok. — *Dermoid cyst of the anterior mediastinum Wratschebnaja Gazeta St-Pétersburg*, XI, p. 1087, 1904, in Morris.

Femme, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Simbirsk le 20 juillet 1903.

Elle se rappelle avoir eu une tumeur dans la région jugulaire depuis l'enfance.

Un an avant son entrée, elle commence à tousser violemment.

Il y a trois semaines, elle prit froid et la tumeur commença à croître rapidement, occasionnant de la dyspnée et de la dysphagie.

La malade se plaignait de frissons et fréquemment de l'engourdissement dans la main droite.

Etat actuel. — La malade est pâle et chétive avec un peu de cyanose des muqueuses.

Le pouls est identique dans les deux radiales.

Le cou est épaissi et irrégulier.

Il existe en *avant* et *en bas*, une tumeur de la grosseur du poing d'un homme qui s'étend à droite et se continue avec *une autre située* au-dessus de la clavicule.

Elle a des pulsations synchrones avec le pouls radial.

La peau est mince et les veines superficielles sont dilatées.

Dans la région de l'épaule droite, il existe une saillie.

Les limites respiratoires manquent en avant et en bas jusqu'à la troisième côte et en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Percussion. — Donne en avant une matité qui vient se confondre avec celle du cœur.

Poumons semblent normaux.

L'auscultation du cœur ne donne rien.

Ponction exploratrice ramène du pus légèrement jaunâtre.

Une large incision faite à deux travers de doigt en dehors de la ligne médiane au niveau du cou, donne trois verres d'un liquide purulent mêlé à de petits coagula jaunâtres et à un paquet de cheveux.

Le doigt introduit dans la plaie descend dans une cavité en arrière de la clavicule. On ne peut en atteindre le fond.

En arrière le doigt entre dans une poche séparée, la cavité fut drainée.

Le 4 août 1903, la malade mourut. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 54. — Roger S. Morris. — *A. B. M. D. of ann. Arbor. Mich. Instructor in medicine in the university of Michigan* (in extenso).

C. R., homme, âgé de 23 ans, américain, célibataire, employé au chemin de fer, vint à la consultation externe de l'hôpital de l'Université, le 19 juillet 1904, se plaignant de toux et d'une expectoration fétide très abondante et d'hémorragies pulmonaires.

En me basant sur certains points de son histoire, et sur l'examen objectif, je portai le diagnostic probable de kyste dermoïde du médiastin, hésitant à faire un diagnostic précis, car je n'avais pas vu de cas semblable.

On conseille au malade d'entrer à l'hôpital : il ne put

le faire à cette époque, mais le 27 juillet 1904, il revint et fut admis dans le service de médecine.

Voici l'observation qui fut recueillie :

Antécédents héréditaires. — Père vivant en bonne santé.

Mère a eu des troubles gastriques pendant presque toute sa vie, mais sa santé est actuellement bonne.

Le malade a deux frères et trois sœurs en très bon état.

Une des tantes du côté paternel mourut d'hémorragies pulmonaires et d'hydropisie, on n'a jamais su exactement quelle était sa maladie.

Antécédents personnels. — Bien portant pendant son enfance à part rougeole, varicelle et une légère atteinte de diphtérie.

A 12 ans il eut une diarrhée qui dura environ une année.

Depuis, le malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'apparition de la maladie actuelle.

Histoire de la maladie. — Il y a 9 ans environ,, le patient eut une pneumonie gauche sévère, suivie d'une sensation de constriction thoracique et de douleur à la respiration.

Cette douleur était localisée à une zone de la grandeur de la main au niveau de la région précordiale.

D'ailleurs avant sa pneumonie le malade avait été frappé dans la région du cœur par un ivrogne et il imputait la pneumonie qui apparut quelque temps après, au coup qu'il avait reçu.

Entre le moment où il fut frappé et le développement de la pneumonie il eut une douleur névralgique dans la région précordiale avec irradiation vers l'épaule gauche.

Un an plus tard il eut une nouvelle attaque de pneumonie qui dura environ 8 semaines.

Pendant un accès de toux il expectora une grande quantité de pus d'un seul coup près d'un ½ litre, l'abcès ou l'empyème se vida trois fois en 3 ou 4 jours.

Ce pus, au dire du malade, était jaune, demi fluide. La guérison arriva cependant et la santé devint meilleure, mais la toux et l'expectoration persistèrent. Quatre ans après, hémoptysie grave qui se reproduisit quelquefois depuis.

Ces hémoptysies étaient provoquées par des crises sérieuses de toux et de dyspnée. De temps à autre, elles atteignaient à peu près une pinte comme quantité.

Pendant les trois dernières années, crachats d'odeur repoussante.

En mars 1904, il consulte pour sa santé ; on diagnostique un empyème et on conseille l'intervention.

Le patient ne suivit pas ce conseil.

L'examen des crachats pratiqué à cette époque fut négatif au point de vue des bacilles de Koch.

Pendant quelque temps l'expectoration contint des cheveux de 1 à 6 pouces de long.

Depuis mars dernier, il y a quelques douleurs dans le côté droit du thorax.

L'abondance de l'expectoration augmente dans le décubitus. Le malade n'a pas maigri.

Etat actuel. — Juillet 1904. — Température normale depuis l'admission. A 8 heures du matin. 20 respirations par minute. Pouls à 72, ample, régulier. Pression artérielle normale. Pas d'adhérence.

Embonpoint convenable.

Etat général bon. Le malade est petit, court, mais trapu.

Peu de graisse sous-cutanée, mais des muscles solides.

La peau a une bonne apparence ; elle est lisse, sèche et élastique.

Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de raideurs articulaires.

Il existe une légère adénopathie sus-claviculaire, et sterno-mastoïdienne.

Les pupilles sont égales et réagissent bien, les sclérotiques sont claires légèrement bleues, les conjonctives et les lèvres ont bonne couleur ; les dents sont en bon état ; la langue est large, nette et humide.

Le cou est normal, le thorax bien formé, le côté gauche était peut-être légèrement plus ample que le droit; l'angle épigastrique est à peu près de 90°.

L'expansion thoracique est plutôt petite, légèrement moindre à gauche, surtout dans la respiration profonde.

La différence est plus appréciable dans la partie supérieure du thorax.

Les clavicules font une égale saillie en avant.

A la percussion. — Les sommets des deux poumons remontent au même niveau ; ils dépassent la clavicule d'un pouce 1/8.

Au-dessus de la deuxième côte, le son de percussion est le même des deux côtés.

Au-dessous, la sonorité est plus grande à droite. Matité relative à gauche.

La ligne supérieure de cette matité obliquait en bas jusqu'à la ligne axillaire gauche.

L'espace de Traube est sonore.

Le bord supérieur du foie est à la sixième côte sur la

ligne mamelonnaire droite, et suit l'horizontale, tout autour.

Dans l'inspiration profonde, le poumon descend jusqu'à la septième côte.

A l'auscultation, au *dessus* de la clavicule droite, on note un murmure vésiculaire, plutôt rude avec des sibilances de haute tonalité à l'inspiration.

Sous la clavicule, on entend dans tout le côté *droit*, un murmure vésiculaire sans bruits alvéolaires.

A gauche, au *dessus de la clavicule*, la respiration est dominée par des ronchus sonores, à l'inspiration et à l'expiration.

Sous la clavicule, le murmure vésiculaire est rude et accompagné par des râles secs d'intensité moyenne, dont les vibrations sont senties à la palpation.

Sur une ligne, allant du mamelon gauche au bord antérieur de l'aisselle, le murmure vésiculaire est très faible, et vers la fin de l'inspiration, on entend des râles crépitants peu nombreux.

La résonance de la voix parlée est légèrement affaiblie entre la deuxième et la quatrième côte gauche : les vibrations vocales manquent à ce niveau.

En arrière. — La sonorité est la même des deux côtés, à la percussion.

Au dessous d'une ligne passant par l'apophyse spineuse de la huitième vertèbre dorsale on trouve à gauche une matité relative qui continue celle qu'on a décrite dans l'aisselle. Il n'y a rien d'autre à la percussion.

Le bord supérieur de cette matité ne varie pas avec la position du malade.

L'auscultation révèle un murmure vésiculaire normal à droite et à gauche jusqu'à l'aire mate où il est diminué.

Le frémissement vocal est légèrement affaibli en bas, à gauche.

Cœur. — La pointe est bien sentie dans le quatrième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Une légère pulsation assez forte cependant pour être perçue, se rencontrait dans les deuxième et troisième espaces au début de l'examen.

La matité absolue de l'organe commence à la quatrième côte et s'étend en dehors jusqu'à la pointe.

A droite, elle s'étend jusqu'au bord gauche du sternum ; à gauche et au-dessus de la matité absolue, c'est la matité relative obtenue au-dessus du poumon.

A l'auscultation. — Bruits du cœur, modérément forts et clairs.

Le second bruit pulmonaire est dédoublé et renforcé.

Les parois sont résistantes, rendant la palpation difficile.

On ne sent ni le foie, ni la rate. La percussion ne donne rien.

Le 27 *juillet* : l'examen du sang donne 9.256 leucocytes.

Urines normales.

Crachats examinés le 31. — Gris blanchâtres, avec une mauvaise odeur analogue à celle des œufs pourris. Se séparaient en trois couches.

Pas de bacilles tuberculeux, ni de fibres élastiques.

Plus tard on y trouva un cheveu, qui comparé à ceux du malade, semblait plus clair et plus fin.

Examen radioscopique du thorax. Ombre légère du côté gauche en haut. Au-dessous d'une ligne passant par l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale jusqu'à la onzième ombre épaisse, mais la radiographie était mauvaise.

Injection de 10 milligrammes de tuberculine, pas de réaction.

Le diagnostic de ces cas reposa sur l'histoire des cheveux expectorés en même temps que sur l'état du côté gauche du thorax dont les signes objectifs pouvaient s'expliquer facilement par une tumeur du médiastin occupant surtout le côté gauche et séparée de la paroi thoracique par une couche de tissu pulmonaire modérément mince.

Après un court séjour dans le service de médecine le malade fut envoyé à la clinique chirurgicale, où l'on conseilla une intervention opératoire.

Certaines raisons la rendirent impossible à cette époque, et le patient signifia son intention de revenir plus tard pour l'opération.

Très récemment (nous dit l'auteur) j'ai appris (janvier 1905) que le malade pendant un séjour à Chicago, demanda l'avis du docteur Senn Nicolas, aux soins duquel il se confia.

OBSERVATION 55. — Belni. — *Observation d'un cas rare de kyste dermoïde du médiastin* (*Pneumectomie partielle*). Paris, 1900.

Il s'agit du malade déjà opéré par Dardignac. Malade vigoureux, pèse 67 kilos.

Poitrine normale comme forme.

Un peu au-dessous de la quatrième côte on voit un bourgeon charnu, rouge vif, duquel s'écoule par gouttes un pus hématique, noirâtre, extraordinairement fétide.

Un stylet serré dans la paroi pénètre à près de 12 cm.

Son introduction produit de violents efforts de toux suivis eux-mêmes de l'expulsion de pus semblable à celui qui s'échappe de la fistule.

Nous introduisons, à l'aide d'une seringue de Roux, un peu d'eau bouillie, mais cette introduction est sui-

vie d'un accès de toux si violent que le malade faillit asphyxier.

La respiration presque normale en arrière, ne s'entendait en avant que jusqu'à la troisième côte.

Tous les autres organes étaient sains.

Opération le 8 juin 1898. — Incision en H. dont la barre transversale passe exactement par la fistule on découvre ainsi les deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes. On les coupe.

On tombe alors sur une surface d'environ 7 centimètres carrés formée de brides fibreuses et de tissu cicatriciel.

Après introduction d'une sonde cannelée dans l'orifice fistuleux, le docteur Belin fendit de bas en haut le trajet et pénétra dans une poche d'où s'échappa un magma puriforme d'odeur fétide rempli de morceaux de matière sébacée entremêlés de touffes de poils roux.

Un lavage fut tenté, mais mal supporté. On se contenta alors de nettoyer la poche avec des compresses coiffant l'extrémité de l'index.

Poche très irrégulière ; elle reposait sur le diaphragme en bas et en haut, elle s'étendait contre le poumon, transformé en moignon fortement ablutaire.

Impossible d'extirper cette poche qui adhérait intimement aux tissus du voisinage.

On se contenta donc d'aviver avec une curette les bords de l'orifice profond de la fistule et de faire au catgut une suture en bourse recouverte d'un surjet, on bourra ensuite la poche avec de la gaze iodoformée et on rabattit les deux volets musculo-cutanés.

Suture de la peau aux crins et pansement compressif.

Les suites furent d'abord assez dramatiques.

La température atteignit 40 le soir des trois premiers jours.

Il s'écoula une énorme quantité de pus jaune verdâtre.

Mais la toux cessa et la fistule paraissait obturée.

La température tomba le onzième jour, les fils furent enlevés le treizième et l'on commença alors les lavages qui furent bien tolérés.

Le malade quitte la clinique le 13 juillet, c'est-à-dire 35 jours après l'intervention.

En septembre 1898, l'état général était parfait, mais la fistule suppurait toujours, quoiqu'on ait épuisé toute la gamme des antiseptiques, on fit une *nouvelle opération* le 2 juin 1899.

Même incision cutanéo-musculaire que la première fois. — Excision du plastron costal.

Cette excision ouvrit d'emblée la poche que l'on retrouva avec la même physionomie anatomo-pathologique que la première fois.

Au milieu, verticalement poussait comme un cône renversé le lobe inférieur du poumon droit qui refoulait la poche, lui adhérait intimement et était à nouveau recouvert de poils épais, blanchâtres, longs de 2 cm. $\frac{1}{2}$ environ. Un magma sébacé s'était reproduit.

Extirpation de la poche impossible.

L'auteur parvient à pédiculiser le lobe pulmonaire atélectasié. Section de ce pédicule après angiotribsie.

Avec beaucoup de difficultés on put marsupialiser la poche et après l'avoir fixée à la paroi, on la curetta dans toute son étendue.

Hémorragie assez abondante qui cède au tamponnement.

L'auteur bourra la poche de gaze stérilisée.

La paroi s'effondra définitivement, et aujourd'hui le malade est définitivement guéri, car la surface s'est peu à peu épidermisée.

Le morceau de poumon ainsi réséqué pesait 212 grammes.

Il existe actuellement, dit l'auteur, un enfoncement de la poitrine en entonnoir, mais l'état général est parfait. W. fait de la bicyclette, monte des étages, sans jamais être essouflé.

OBSERVATION 56. — Renon, Delille et Nandrot. — *Kyste dermoïde multiloculaire, énorme du médiastin antérieur chez une jeune fille de 22 ans.*

Malade entrant à l'hôpital le 23 octobre 1906 avec une dyspnée très marquée. On ne note rien de particulier dans les antécédents. Les premiers symptômes remontent à cinq ans, consistant en dyspnée et douleurs intercostales.

A l'examen physique on observe au niveau du poumon gauche de la submatité à la base. A droite, matité absolue dans les trois quarts inférieurs avec disparition du murmure vésiculaire. La matité cardiaque est très augmentée. Il n'y a ni frottement, ni souffle. Les seuls symptômes subjectifs observés sont des quintes de toux très violentes, des douleurs diffuses dans le thorax. A signaler encore quelques phénomènes dysphagiques. La radiographie montre de l'obscurité des deux bases surtout à droite.

Opération. — Anesthésie locale dans le 8e espace intercostal à droite. La plèvre est ouverte : on se trouve en présence d'une très volumineuse tumeur reposant sur le diaphragme. On incise la tumeur et il s'écoule un flot de liquide séreux. On pose à ce moment le diagnostic de kyste dermoïde. On doit interrompre l'intervention en raison de l'état de la malade. Il s'écoule pendant la nuit suivante une grosse quantité de liquide. Malheureusement, quelques jours après les phénomènes généraux deviennent alarmants et la malade meurt.

Autopsie. — Les poumons sont refoulés et réduits à l'état de moignons : le cœur est repoussé fortement à gauche. Cette tumeur est à cheval sur la face antérieure de la trachée : elle se compose de plusieurs poches ; dans l'une d'elles on trouve de la matière sébacée très dense, des poils en grande quantité, des noyaux cartilagineux, des nodules graisseux. Cette masse adhère au poumon, au péricarde et au diaphragme, en bas. Le kyste comprime fortement des gros vaisseaux veineux.

Examen histologique. — Tumeur d'anatomie complexe dans laquelle on trouve de la peau, du tissu osseux, cartilagineux et musculaire. Il existe en plus des portions du tractus digestif et des morceaux de thymus.

OBSERVATION 57. — Greffin. — *Deutsche Zeitschrift*, 1907.

Greffin publie un cas de kyste dermoïde géant du médiastin antérieur avec parois épaisses occupant la cavité pleurale droite et une partie de la gauche. Résection d'une côte, ouverture du kyste. Mort rapide. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION 58. — Mouat. — *Kyste dermoïde du poumon*, 1909.

Enfant de 17 ans, tousse depuis janvier 1908, entre à l'hôpital pour de l'ascite et un œdème volumineux des membres inférieurs. Les signes physiques observés consistent en une augmentation de la matité cardiaque. Les bruits respiratoires sont augmentés. Le malade meurt quelques jours après son entrée à l'hô-

pital. On pose le diagnostic de lympho-granulomatose médiastinale avec syndrome de compression.

Autopsie. — Le péricarde paraît augmenté de volume mais en réalité il est remplacé par un kyste rempli de pus contenant de la graisse et des poils.

Ce kyste adhère au diaphragme en dessous. Au-dessus, un prolongement s'étend au devant de la veine cave supérieure communiquant avec une vaste tumeur qui recouvre l'arc aortique et ses branches.

Le cœur s'appuyait sur la partie postérieure du kyste, on ne trouve plus de sac péricardique et le kyste paraît s'être développé aux dépens du péricarde ou l'avoir englobé au cours de sa croissance. Le cœur est infiltré de graisse, les poumons, le foie et les autres viscères présentent de la congestion. L'examen du pus a montré la présence de streptocoques. A l'examen anatomique la paroi se montre constituée par du derme.

OBSERVATION 59. — Keastle, 1909.

Malade qui vient consulter parce qu'elle présente des quintes de toux dans la position horizontale. Dans ses antécédents, on relève une pleurésie gauche. Il y a quatre semaines, à la suite d'une quinte plus violente, elle expectore des cheveux. A l'examen, la malade paraît avoir un bon état général. Quelques jours après, elle expectore étant couchée un paquet de cheveux inclus dans une masse pâteuse et jaunâtre. La percussion donne les symptômes d'une tumeur intrathoracique. Malheureusement, il n'y eut qu'un examen radiographique incomplet et bien qu'on ait posé le diagnostic de kyste dermoïde du médiastin antérieur, il n'y eut pas d'intervention chirurgicale.

OBSERVATION 60. — Dangstat. — *Deutsche Zeitschrift*, 1910.

Garçon de 15 ans en bonne santé jusqu'en juin 1908, à ce moment survient de la dyspnée, de la toux et des douleurs précordiales.

En décembre 1908, on trouve une respiration soufflante dans la moitié gauche de la poitrine, surtout en haut. La ponction ramène une masse gélatineuse avec des cellules épithéliales. On pose le diagnostic de kyste dermoïde.

Traitement. — Résection des 7e et 8e côtes. On vidange le kyste, mais la mort survient dans les jours qui suivent.

Autopsie. — On trouve dans le médiastin antérieur surtout à gauche une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Le poumon gauche est réduit au 1/3 de son volume. On trouve dans le kyste une masse gélatineuse, un épithélium plat et des cristaux de cholestérine. La tumeur possède une vascularisation riche. On trouve du tissus conjonctif, des fibres musculaires lisses, du tissus cartilagineux et du tissus osseux. Il y a quelques glandes muqueuses et des glandes du type Brünnerien.

Diagnostic. — Tératome.

OBSERVATION 61. — Morestin. — *Kyste dermoide du médiastin. Société de Chirurgie* 1910.

Malade de 18 ans qui présentait une fistule sur le bord interne du sterno-cleido-mastoïdien à la base du cou. En quelques mois, on vit apparaître à ce niveau une tuméfaction rouge s'étendant jusqu'au manubrium. On incise cette masse d'où il sort du pus et

quelques poils. Dès lors le diagnostic de kyste dermoïde s'impoe.

Examen clinique. — Pas de troubles de compression, pas de matité thoracique.

Radioscopie. — L'examen est négatif.

Opération. — On coupe transversalement le sternum au niveau du bord supérieur du 2e cartilage costal. En raison des adhérences on libère difficilement le manubrium que l'on récline vers la droite. On a alors sous les yeux une plaque dure, épaisse, intimement fusionnée au périoste. La poche kystique est incisée : elle contient de la matière jaunâtre, épaisse, mélangée de pus et de poils. La face profonde du kyste est libérée de bas en haut : on doit pour cela les séparer du tronc artériel brachio-céphalique. On doit libérer les adhérences que la paroi postérieure avait contractées avec le tronc veineux brachio-céphalique, la veine cave supérieure et le cul-de-sac pleural. L'extirpation du kyste put être totale. On doit tamponner car il vient sourdre du sang en assez grande abondance et il est impossible de ligaturer aucun vaisseau. Les pièces osseuses sont suturées au catgut.

Les suites opératoires ont été parfaites : les mèches ont été enlevées progressivement et on mit à leur place un drain. Un mois et demi après l'intervention la cicatrisation est complète.

Examen anatomique de la pièce (Ménétrier). — La poche du kyste est formée de tissus fibreux recouverts d'un revêtement cutané typique. Il existe en un point un conduit revêtu d'un épithélium cylindrique cilié ; au pourtour il y a de nombreuses glandes muqueuses et un noyau cartilagineux.

OBSERVATION 62. — Cellons. — *Deutsche Zeitschrift*, 1910.

Malade de 33 ans entre à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie secondaire à un carcinome médiastinal.

Au début de l'année, il a ressenti des douleurs derrière le manubrium. Etat actuel : portion gauche du thorax est plus flasque que la droite. Dans le haut du manubrium et dans la région de la 2e côte gauche on trouve une saillie osseuse de 4 cm. de diamètre.

Le malade présente une dyspnée intense. L'auscultation révèle un assourdissement des bruits à droite. Les vibrations vocales sont fortement augmentées. La matité cardiaque se confond avec la matité tumorale. Un mois après son entrée à l'hôpital, il a une vomique. Le lendemain cyanore intense et mort.

Autopsie. — Cancer du médiastin provenant de la paroi d'un kyste dermoïde. Le kyste contient de la peau normale, des glandes sudoripares, des poils et des formations glandulaires avec cellules cylindriques aux dépens desquelles s'est développé l'adénocarcinome.

OBSERVATION 63. — Pohl. — *Deutsche Zeitschrift*, 1911.

Enfant qui en Mai 1911 a subi un violent traumatisme dans la moitié supérieure du thorax. Douleurs dans la poitrine et les bras.

Le diagnostic porté après examen est celui de sarcome intrathoracique avec grand épanchement pleural hématique. On tente une intervention au cours de laquelle le petit malade meurt.

Autopsie. — Dans la partie supérieure du médiastin il y a une tumeur dure ayant englobé le sternum et comprimé fortement le poumon.

On trouve à l'intérieur des cheveux et du tissus osseux.

L'examen microscopique révèle l'existence de trois zones : une zone cartilagineuse, une zone glandulaire et une zone intestinale et gastrique.

OBSERVATION 64. — Tedenat 1914.

Femme de 28 ans venue consulter pour une tumeur de la partie inférieure du cou un peu à gauche de la ligne médiane. Il y a deux ans, elle a présenté les mêmes symptômes et une incision fut faite par laquelle sortit une masse grisâtre, ces deux tumeurs sont apparues après sevrage.

On pratique une incision qui donne lieu à un écoulement de petites particules grises. La paroi a un aspect jaunâtre. Une sonde canelée introduite par l'orifice permet de constater que la poche s'étend profondément derrière le sternum, qu'elle a des dimensions marquées dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal. Mais, en raison de l'adhérence aux gros vaisseaux, on se contente de curetter la poche. La cicatrisation se fait par première intention. Quelques mois après la malade se présente avec les mêmes symptômes, mais cette fois, on met une petite canule à demeure.

OBSERVATION 65. — Kleinschmidt, 1917. — *Muenschener Medieinische Wochenschrift*, Juillet 1920.

Jeune fille de 17 ans sans antécédents marquants. Se plaint depuis 8 mois de douleurs dans le côté droit de la poitrine.

Examen. — Malade de force moyenne. On note de la circulation collatérale sur le thorax.

Obscurité respiratoire du sommet droit qui va en augmentant. Les bruits du cœur sont normaux. On note un peu de stase veineuse aux 2 membres supérieurs.

Radiographie. — En position sagittale, on remarque dans le poumon droit une ombre régulière de la dimension d'une tête d'enfant ; cette ombre chevauche l'ombre cardiaque mais s'en dissocie par la respiration. En position oblique, on voit que l'ombre est située dans le médiastin antérieur. On pose le diagnostic de kyste hydatique.

1ere *opération.* — Résection des 8e et 9e côtes sur la ligne scapulaire sur 8 cm. On se contente de drainer la plèvre pleine de pus.

2me *opération.* — 2 mois après la malade revient, on intervient à nouveau et on tombe sur une poche kystique qui contient des cheveux. Tamponnement et drainage.

Aux rayons X, on constate l'existence d'une poche qui communique avec la fistule.

3me *opération.* — On résèque les 3e, 4e et 5e côtes sur 8 à 10 cm. On trouve une tumeur volumineuse que l'on enlève. Après exérèse de la tumeur, la cavité reste béante. On rabat le feuillet thoracique. On le refoule dans la cavité. 6 mois après, on constate l'existence d'une fistule sous-mammaire. On pratique 2 thoracoplasties successives qui amènent une grosse déformation de la paroi thoracique.

Examen de la tumeur. — On trouve du tissu musculaire lisse, du tissus de soutien et de la graisse. Il y a de l'épiderme, des cheveux, de la muqueuse avec cellules cylindriques.

OBSERVATION 66-67. — Pierre Duval et Lemoine. — *Société de Chirurgie*, 1918.

Soldat qui en septembre 1917 est pris de gêne respiratoire avec douleurs précordiales.

L'examen radiographique révèle l'existence d'une tumeur à contours polycycliques qui envahit l'hémithorax droit.

Diagnostic. — Kyste hydatique du médiastin.

Ouverture du thorax par résection de la 3e côte droite, on tombe sur une tumeur kystique que l'on enlève en totalité. La plèvre est fermée ainsi que la brèche thoracique. L'opéré se lève le 15e jour, guéri.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un tératome.

OBSERVATION 68. — MM. Pierre Duval et Antonin Clerc (Société médicale des Hôpitaux 1921). — *Un cas de kyste dermoïde du médiastin antérieur.*

Il s'agit d'une femme de 34 ans venue consulter pour tachycardie. Ses antécédents ne présentent pas d'intérêt ; il n'y a aucun signe de compression médiastinale. La matité précordiale déborde nettement les limites normales.

L'examen radiographique nous donne les résultats suivants :

L'Hémithorax gauche contient une grosse tumeur qui refoule le cœur à droite du sternum ; cette masse à grand axe vertical va du bord de la 2e côte en avant au bord supérieur de la 7e ; transversalement, elle s'étend de l'ombre aortique au profil externe des côtes ; elle occupe donc toute la largeur de l'hémithorax gauche ; au-dessus et au-dessous d'elle, la clarté pulmonaire est normale. Cette tumeur est située

au contact de la paroi thoracique antérieure ; en arrière, la masse pulmonaire semble plus épaisse. Les contours sont régulièrement arrondis, sans aucun caractère polycyclique ; son opacité est uniforme. Le cul-de-sac costo-diphragmatique est normal, et le poumon droit ne présente qu'une légère adénopathie péribronchique. Le diagnostic vraisemblable est donc celui de kyste hydatique du poumon gauche avec des réserves sur la possibilité d'un sarcome primitif.

La réaction de Weinberg est négative.

Intervention Chirurgicale. — Incision le long de la quatrième côte et résection de cette dernière.

On trouve une tumeur grosse comme deux poings occupant le médiastin antérieur, en contact direct avec la paroi thoracique, ayant refoulé le cœur en dedans, le poumon gauche en dehors et remontant jusqu'au pédicule pulmonaire. Le kyste est ouvert, il contient de la substance sébacée et des poils. La poche est totalement extirpée. On reconstitue la plèvre médiastine et on aspire l'air intra-pleural.

Les suites opératoires furent normales.

Examen anatomo-pathologique (M. Leroux). — Paroi fibreuse avec calcifications multiples ; en un point, on constate un bourgeonnement vers l'intérieur de la poche ; ce bourgeonnement se montre constitué par un épithélium malpighien en dessous duquel on reconnaît les glandes sébacées, des amas cartilagineux et surtout une abondante néoformation à type glandulaire.

OBSERVATION 69. — Moons. — *Kyste dermoïde du médiastin antérieur. Archives franco-belges de Chirurgie*, 1921.

Femme de 33 ans. Le début de la maladie remonte à 1918. Les symptômes ont débuté quelques mois après

un accouchement. Les premiers symptômes sont ceux d'une pleurésie. La malade est oppressée, elle signale cependant une amélioration de sa dyspnée lorsqu'elle incline la tête en avant.

Examen. — Matité à la base droite, en avant et en arrière. Le murmure vésiculaire n'est perçu à droite que dans la région sus-claviculaire et sus-épineuse.

Examen radioscopique. — Opacité de plus des 2/3 de la cavité thoracique droite. L'opacité s'étend au devant du cœur et dépasse le bord gauche de celui-ci. Le diagnostic posé est celui de tumeur du médiastin avec pleurésie. La pleurésie est ponctionnée ; la malade est soulagée mais elle revient à l'hôpital moins d'un an après avec des douleurs thoraciques.

Opération le 24 juin 1922. — Grand volet costo-cutané comprenant les 3e, 4e, 5e et 6e côtes. On tombe immédiatement dans une cavité kystique avec plusieurs kystes accessoires à l'intérieur desquels il y a des matières sébacées, des plaques calcaires incrustées dans leur paroi et des poils. Le poumon est réduit à une mince lame postérieure. On détache la paroi kystique de la plèvre costo-sternale, mais au niveau du péricarde et des gros vaisseaux tout décollement est impossible. Cette dissection amena une hémorragie qui obligea de pratiquer un tamponnement à la Mickulicz. Pendant 6 jours le sort de la malade fut incertain : les premiers pansements provoquèrent un écoulement sanguin abondant. Quinze jours après cette première intervention, il existe une vaste brèche du thorax droit : la radiographie montre à ce moment la persistance d'une ombre au niveau du bord droit du cœur et des gros vaisseaux qui ne peut être que la paroi épaissie du kyste. Dans un second temps, on ferme partiellement la brèche.

OBSERVATION 70. — *Bulletin d'Académie Royale de Médecine de Belgique*, novembre 1923.

Homme de 62 ans en état d'asphyxie menaçante, il fit une sternotomie décompressive et vida le kyste après marsupialisation. Malheureusement il persiste une fistule intarissable.

OBSERVATION 71. — SCHMIEDEN. — *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1924.

Femme de 24 ans qui depuis 6 ans présentait un tératome. Incision allant de la ligne axillaire postérieure au sternum avec résection étendue des 5e et 6e côtes. On doit ponctionner le kyste en raison de son volume. Après ablation, on doit mettre un mickuliez ce qui obligea à faire une thoracoplastie ultérieure.

OBSERVATION 72. — HARRY. *Annales of Surgery*, 1928.

Il s'agit d'une dame qui vient consulter en mars 1927 pour de la toux, des douleurs dans la poitrine avec sensation de plénitude dans le thorax gauche avec élévation intermittente de température.

Il y a trois ans, elle présente une pleurésie avec toux sposmodique. L'examen aux rayons X a montré une tumeur située dans l'hémithorax gauche. On pose à ce moment le diagnostic de kyste médiastinal. On laisse évoluer l'affection pendant trois ans, les symptômes restent les mêmes. Les examens successifs pratiqués aux rayons X montrent une extension graduelle de la tumeur.

L'examen du thorax permet de constater une matité précordiale très augmentée. L'auscultation montre de

l'obscurité respiratoire dans toute l'étendue du champ pulmonaire gauche. L'examen des crachats ne montre pas de bacilles tuberculeux mais de nombreux streptocoques. On pratique un lipiodol bronchique qui décèle un rétrécissement de la bronche gauche. Des ponctions sont pratiquées dans la tumeur qui permettent d'extraire un liquide contenant des acides gras mais pas d'éléments cellulaires. On constate de plus que le trocart est animé de battements synchrones aux battements cardiaques. L'intervention chirurgicale est décidée. Le sternum est incisé à sa partie médiane et on fait un volet à la charnière gauche. La tumeur est située derrière la plèvre, elle est facilement énucléable au doigt, à l'exception d'une adhérence péricardique sectionnée aux ciseaux. On suture les parties osseuses au catgut chromé et on applique un plâtre thoracique.

Dans les jours qui suivirent on assiste à l'éclosion d'une pleurésie gauche évacuée avec l'appareil de Potain. Cinq semaines après on constate l'existence d'adhérences au niveau de la plèvre gauche. Trois mois après l'intervention la malade est complètement guérie.

..Examen anatomique du kyste. — Grosse masse lobulée sphérique de 12 cm. de diamètre contenant du liquide jaunâtre et des substances cartilagineuses.

OBSERVATION 73. — Heirev. — *Annals of Surgery* 1929.

Il s'agit d'un homme de 53 ans entrant à l'hôpital en octobre 1916 pour des douleurs dans le côté droit et de la dyspnée.

Ses antécédents n'offrent aucune particularité intéressante. Quatre semaines avant son admission à la suite d'un effort violent il a été pris d'une douleur brutale au côté droit et de dyspnée intense.

Le malade présente à l'examen physique les symptômes d'un épanchement pleural droit d'origine inconnue.

Une thoracenthèse est tentée en vain dans le huitième espace intercostal. L'aiguille rencontre une résistance qu'on ne tente pas de vaincre. A ce moment on pratique un examen radiographique.

Celui-ci révèle du côté droit l'existence d'une ombre parfaitement circonscrite à contours remarquablement nets. Cette ombre avait une forme pyramidale à base diaphragmatique : son sommet arrondi s'étendait vers le haut de la cavité thoracique. La partie médiane de la tumeur occupait le médiastin. Dans la position verticale on notait l'existence de deux zones une inférieure d'aspect liquidien et une zone supérieure donnant une image aérique.

La radiographie de profil permet de constater que la masse est plus près de la paroi thoracique antérieure que de la paroi thoracique postérieure.

Les examens de laboratoire n'ont rien montré de particulier dans le sang ni dans le liquide céphalo-rachidien ; mais on trouve à l'examen des crachats, des cristaux de cholestérine et de nombreuses cellules épithéliales.

L'examen des selles a été négatif. On porte le diagnostic de kyste médiastinal. L'intervention est pratiquée le 8 novembre 1916.

On pratique une incision d'environ 20 centimètres au niveau de la 9e côte qui est réséquée (résection sous-périostée). On sent alors une masse extrêmement dure. On fait une incision horizontale dans la plèvre pariétale qui permet de mettre à nu la tumeur, celle-ci se révèle très adhérente sur la face antéro-latérale. L'opérateur explore ensuite la partie en contact avec le diaphragme, ici les adhérences furent moins denses et on pût la libérer de ses attaches diaphragmatiques.

Le chirurgien détache alors aux ciseaux et au bistouri les adhérences au médiastin antérieur et met à nu la face antérieure du kyste, malheureusement pendant ces manœuvres il crève la paroi kystique et il se produit un écoulement de matière jaunâtre.

Le kyste est détaché facilement des adhérences postérieures. Pour libérer la partie supérieure il fallut réséquer la huitième côte sur environ 15 cm. Cette partie supérieure adhérait au poumon et communiquait avec lui. Le kyste est enlevé en totalité et la cavité laissée par l'ablation de ce dernier est drainée. On ferme la plaie opératoire, les suites furent normales et la malade guérit rapidement.

L'examen anatomo-pathologique nous montre une paroi constituée par une enveloppe calcifiée. Le contenu est formé de débris de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine ce qui permet de conclure qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION 74. — Heuer. — 2e *Observation des mêmes auteurs. Annals of surgery* 1929.

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui entre à l'hôpital le 20 octobre 1925. Les premiers symptômes de son affection remontent à quatre ans. A la suite d'une amygdalite il se produit à la base du cou, au-dessus de la fourchette sternale une tumeur inflammatoire qui, incisée, laissa s'écouler du pus et des poils : il s'ensuivit une fistule qui suppure encore à l'heure actuelle. Moins d'une année après, la malade présente des signes d'épanchement purulent à droite : on pratique une résection de côte d'où il résulta une seconde fistule.

La radiographie montre l'existence d'une grosse masse occupant le médiastin antérieur plus développée à droite. On fait une injection de lipiodol dans les fis-

tules cervicales et thoraciques, elle montre qu'il y a communication entre la cavité empyémique de la partie inférieure de la cavité pleurale droite, la tumeur et les fistules cervicales.

Intervention chirurgicale. — L'intervention eut lieu en deux temps.

1er *Temps.* — On isole la tumeur de la cavité empyémique droite et on ferme les communications avec les fistules du cou. Pendant 7 mois, la cavité empyémique ainsi que les fistules du cou sont traitées par la méthode Carrel Dakin, à la suite de ce traitement les fistules se fermèrent.

2me *Temps.* — Avril 1926. Ouverture partant de l'articolation sterno-claviculaire jusqu'à l'appendice xyphoïde. La moitié droite du sternum est réclinée. On peut extraire la tumeur sauf la partie inférieure adhérente au péricarde et à de gros vaisseaux. L'intervention dut être suspendue en raison du mauvais état de la malade ; on ferme rapidement la plaie. Dix jours après on tente à nouveau une intervention, la plus grande partie du kyste est enlèvée : on ne laisse en place qu'une partie très adhérente au péricarde.

Les seules complications consistèrent en une poussée de bronchite locale qui rétrocéda après une petite intervention.

L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il existait dans la poche, des poils, des dents et des morceaux de cartilage.

OBSERVATION 75. — Heuer. — *Annals of surgery*, 1929.

Femme de 23 ans entre à l'hôpital en avril 1928 pour douleurs précordiales, toux, hémoptysies. Il y a quatre ans, sans symptômes préliminaires elle expec-

tore une cuillerée de sang rutilant. A ce moment déjà, l'examen radiographique permet de déceler une tumeur médiastinale. Un an après elle toussa des particules argileuses avec des poils et depuis, ces mêmes phénomènes se sont reproduits quatre fois. Actuellement elle présente une toux quinteuse avec crachats muco-purulents. Dyspnée dans le décubitus dorsal avec sensations d'angoisse. Pas de douleurs thoraciques, sauf un certain temps avant son admission à l'hôpital. Elle n'a pas de cyanose.

Examen physique. — Femme bien portante. L'extrémité supérieure de l'hémithorax gauche est un peu hypertrophié, l'amplitude des mouvements respiratoires est diminuée. A la percussion, on trouve dans cette région une zone de matité.

Auscultation dans la région apicale gauche, les bruits sont plus marqués avec quelques gros râles. La pression de la poitrine à ce niveau est douloureuse.

Radiographie. — Ombre médiastine antérieure gauche de 5 cm. de diamètre. Le bord de cette ombre se continue avec l'ombre médiastinale et son bord latéral a des contours irréguliers.

Diagnostic. — Kyste dermoïde basé sur l'expectoration et sur l'examen radiographique.

Opération 28 *avril* 1928. — Résection de la 3e côte gauche du bord latéral du sternum à la ligne axillaire antérieure (résection sous-périostée). Courte incision de la peau le long du bord gauche du sternum et à angle droit, on met à nu les cartilages des 2e, 3e et 4e côtes, on met en place un écarteur de côtes donnant un champ opératoire triangulaire à base sternale et à sommet axillaire. La plèvre pariétale est repoussée jusqu'au médiastin. Le kyste est placé dans l'angle formé par la base et le bord gauche du cœur. La séparation du kyste et des gros vaisseaux n'offrit pas de

difficultés : le kyste était beaucoup moins adhérent que dans les autres cas. Cette portion du kyste fut agrippée et soulevée, les bords latéraux isolés : il devint évident que la communication avec la bronche était au pôle inféro-latéral du kyste car, là il adhérait intimement. A ce moment on ouvrit la plèvre on combla la brèche avec de la gaze tandis que l'opérateur sectionna l'adhérence à la bronche. Cette communication fut trouvée large, admettant un doigt. Il y avait dans cette bronche une certaine quantité de matières caséeuses. On ferme la bronche, on suture la plaie. Les cartilages costaux sont réunis au catgut chromé. On place deux drains extra-pleuraux au voisinage de la bronche suturée. La peau est fermée complètement.

Suites opératoires. — 8 heures après l'intervention on observe un emphysème cutané sans emphysème médiastinal. La dyspnée augmente : on pense alors à la possibilité d'un pneumothorax suffoquant. Malgré le traitement la malade meurt.

Anatomie pathologique. — Kyste de 5 cm. de diamètre rempli de matières caséeuses et de poils. L'intérieur a l'apparence cutanée. Au microscope la paroi interne du kyste se montre constituée par de la peau : il existe en plus des cheveux, des glandes sébacées et quelques glandes sudoripares.

OBSERVATION 76. — Heuer. — *Annals of surgery*, 1929.

Femme de 33 ans, entre à l'hôpital (26 janvier 1928) pour dyspnée d'effort et sensations d'étouffements. Rien d'intéressant à noter dans les antécédents. Depuis 2 mois les symptômes sont plus marqués, la toux est quinteuse. A l'examen physique on note un syndrome de Claude Bernard Horner à droite. Les mouvements du thorax sont normaux.

Examen radiographique. — On trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf située à droite en regard de la 7e vertèbre dorsale, on pose le diagnostic de kyste dermoïde.

Opération le 23 février 1928 sous anesthésie intra-trachéale à l'éther. Résection de la 4e côte à droite du bord sternal jusqu'à la ligne axillaire antérieure. On pratique une incision complémentaire perpendiculaire à la première le long du bord droit du sternum et comprenant les articulations costo-sternales des 3e et 5e côtes. On récline la plèvre médiastine latéralement. On n'ouvre pas la cavité pleurale. La tumeur traversée par la veine azygos est située derrière les vaisseaux pulmonaires. Au cours des manœuvres la tumeur crève et laisse échapper de la matière caséeuse. On vide cette masse à la curette et on l'enlève en partie après aplatissement.

Suites opératoires. — Il se forme un empyème droit et de l'infection médiastinale. L'empyème fut traité par le drainage et l'aspiration ; la suppuration se tarit et tout rentra dans l'ordre.

Examen microscopique. — On trouve à l'intérieur du kyste des matières caséeuses avec cellules épithéliales et cristaux de cholestérine.

OBSERVATION 77. — G. Mixter et H. Clifford. — *Annals of Surgery*, 1929.

Enfant de 7 semaines présentant des vomissements avec un mauvais état général.

Un premier examen radiographique fait songer à la la tuberculose mais ultérieurement on s'aperçoit que l'enfant présente un volumineux kyste du médiastin postérieur. Plusieurs interventions chirurgicales sont tentées pour aborder le kyste, mais ce fut en vain. Les

tentatives de ponction ne furent pas plus heureuses et le petit malade mourut de broncho-pneumonie.

Autopsie. — Kyste postérieur adhérent au sommet du poumon droit et reposant le long de la gouttière vertébrale.

L'examen microscopique montre que le kyste renferme en majeure partie de la muqueuse du type intestinal.

OBSERVATION 78. — G. Mixter et Clifford. — *Annals of Surgery* 1929.

Garçon de 22 mois. Deux mois avant l'entrée à l'hôpital, il présente une pneumonie.

Actuellement il présente de la dyspnée avec corsage ainsi que des vomissements. Son état général est mauvais. Toux fréquente et rude.

On observe une grosse déformation thoracique droite, pas de vibrations de ce côté ; la respiration n'est pas perçue à droite sauf au sommet.

L'examen radiographique fit porter le diagnostic d'empyème. On pratique une évacuation pleurale et la radiographie montre alors une ombre médiastinale. Un lipiodol intra-trachéal indique une compression bronchique au niveau de la tumeur. On pose le diagnostic de kyste médiastinal.

Opération. — On fait une thoracotomie exploratrice et on trouve un très gros kyste emplissant les 2/3 de l'hémithorax droit allant jusqu'au diaphragme. On marsupialise la poche et on l'ouvre.

4 mois plus tard nouvelle intervention. Résection de la 7e côte. Le kyste a diminué de moitié mais on doit ouvrir la plèvre pour l'énucléer.

Les suites immédiates furent inquiétantes mais l'amélioration fut rapide et 8 mois après l'intervention il ne persistait plus que 2 petites fistules.

L'examen anatomique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un tératome.

OBSERVATION 79. — T.C. Davison. — *Archives of Surgery*, décembre 1930.

Jeune fille de 11 ans, se plaint de douleurs dans la partie supérieure gauche de la poitrine. La malade a présenté les premiers symptômes il y a 5 ans.

La radiographie montre une grande ombre sphéroïde nettement délimitée dans le côté supérieur gauche de la poitrine.

Diagnostic. — Kyste dermoïde du médiastin. La malade est en observation.

OBSERVATION 80. — G. Mixte*t* et Clifford. — *Annals of Surgery* 1929.

Enfant de 3 mois amené à l'hôpital parce qu'il présente de la cyanose et de la dyspnée.

A l'examen on constate que l'enfant a un bon état général, mais il présente du cornage et une très grosse gêne respiratoire.

Le poumon droit est mat à la percussion. La respiration de ce côté est normale.

Le cœur est refoulé vers la droite. La radiographie n'indique rien d'intéressant autre que l'immobilité du diaphragme et le déplacement du médiastin.

La bronchoscopie indique l'existence d'un obstacle au niveau de la bronche gauche.

L'enfant meurt rapidement.

L'autopsie montre l'existence d'un kyste médiastinal

ayant comprimé la bronche primaire gauche. L'enfant présente en plus une pneumonie gauche.

Examen anatomique. — Le kyste est situé à la bifurcation de la trachée. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION 81, inédite. — (Pr Lambret).

Il s'agit d'une dame de 23 ans qui entre à l'hôpital parce qu'elle présente des quintes de toux et de dyspnée.

Les antécédents héréditaires de la malade ne nous apprennent rien de particulier pas plus que ses antécédents collatéraux.

Beaucoup plus instructifs sont ses antécédents personnels.

En décembre 1928 elle a fait une perte qui s'est accompagnée d'eclampsie.

Les symptômes pour lesquels elle vient consulter ont débuté à l'âge de 4 ans à la suite *d'une diphtérie avec bronchite.* Jusqu'à l'âge de 11 ans, elle présente une toux fréquente avec expectoration.

A partir de cette époque, la toux devient continuelle, amenant toujours la même expectoration.

Les accès de toux sont spontanés, ils s'accompagnent de douleurs rétrosternales pénibles ayant le caractère de piqûre. Cette toux provoque des crises de dyspnée avec angoisse. Les nuits sont pénibles entrecoupées de quintes qui deviennent de plus en plus fréquentes. Aucune thérapeutique n'a d'action sur ces quintes.

La voix est enrouée.

Pas de dysphagie.

L'examen de la malade ne présente rien de particulier, il n'existe pas trouble de compression veineuse.

La respiration est normale des 2 côtés.
Les pouls sont synchrnones.

Examens. — Wasserman, négatif ; Réaction de Weinberg. négative.

Intradermo-réaction au liquide hydatique, négative
Cuti-réaction » » négative

Tension artérielle	Bras droit	11,5	5,5
»	» gauche	10,5	5

Examen radiographique. — Révèle l'existence dans le médiastin, légèrement à gauche d'une tumeur arrondie, d'aspect nettement kystique.

INTERVENTION Professeur LAMBRET

1° Section de la clavicule en son milieu (scie de Gigli).

2° Incision des téguments sur la ligne médiane sur une longueur de 15 cm. avec en haut et en bas deux incisions branchées à gauche sur cette première ligne — incisions de décharge — Libération à la rugine du manubrium en ménageant les attaches du sterno-cleido-mastoïdien. Section du sternum sur la ligne médiane au ciseau frappé.

A la main, le plastron est libéré de ses attaches postérieures et récliné en dehors à gauche.

Le médiastin est abordé et ce n'est que difficilement que l'on arrive à identifier la tumeur, profondément située dans l'étage supérieur et se présentant, le poumon étant récliné, sous la forme d'une voussure noyée dans le tissu celluleux.

Cette tumeur est adhérente, mais est libérée à la main. Finalement son pédicule est isolé et présente des veines volumineuses et thrombosées. Section du pédicule après ligature.

L'hémostase étant faite, l'opération est terminée. Un drain placé dans le lit du kyste ressort par l'aisselle.

Sutures osseuses à l'aide de fils d'argent : 2 pour le sternum, 1 pour la clavicule.

Un drainage filiforme devant le sternum. Crins, agraffes sur la peau.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent simples, la malade présente une légère élévation thermique le lendemain, mais bientôt tout rentra dans l'ordre. La suture se referma rapidement et la malade put quitter l'hôpital 28 jours après son entrée.

Nous l'avons revue à plusieurs reprises depuis l'intervention ; elle est considérablement soulagée, il persiste cependant quelques quintes de toux.

Les examens radiographiques pratiquées depuis montrent l'intégrité du médiastin.

Examen anatomique. — Le kyste examiné au laboratoire d'anatomie pathologique a montré que la tumeur était constituée par une gangue scléreuse avec un épithélium de revêtement du type cutané. L'intérieur du kyste est composé de cellules graisseuses et d'éléments épithéliaux desquamés. Le diagnostic porté est celui de kyste dermoïde du médiastin.

Chapitre II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On désigne en clinique sous le nom de kyste dermoïde du médiastin une série de tumeurs qui ne sont point toutes des kystes dermoïdes.

Cette dénomination est pratique en clinique, elle désigne toutes les tumeurs kystiques embryonnaires développées dans le médiastin mais elles devraient être désignées par un nom plus général et c'est en réalité dysembryomes qu'on devrait les appeler.

Le kyste dermoïde est une variété, fréquente sans doute des kystes médiastinaux, mais elle est loin d'être la seule. Si nous parcourons le cycle des tumeurs embryonnaires développées dans le médiastin, nous trouvons d'abord les kystes dermoïdes vrais, puis des kystes tératoïdes qui sont en réalité les tumeurs désignées en clinique sous le nom de « kyste dermoïde » et à un degré de plus le tératome vrai.

a) *Kyste dermoïde vrai.* — C'est une poche kystique dont le revêtement épithélial a souvent l'aspect d'une peau normale. La cavité est remplie d'un magma semi liquide qui renferme des cellules épithéliales desquamées, des granulations graisseuses et de la cholestérine.

Dans la profondeur, on constate l'existence d'un derme avec follicules pileux et glandes sudoripares.

Cette variété de kyste dermoïde est rare dans le médiastin.

b) *Kystes tératoïdes.* — Ce sont les tumeurs que l'on rencontre le plus fréquemment. C'est une masse limitée par une coque fibreuse épaisse. Elle est tapissée intérieurement d'une membrane dont la structure rappelle la peau.

Dans la paroi, on trouve des cheveux, des glandes sébacées, des dents, du tissu cartilagineux. Le revêtement de la paroi kystique peut se présenter sous des aspects très différents : tantôt il donne l'image de la peau tantôt, il est muqueux. Toutes les variétés de muqueuses peuvent se rencontrer.

On a pu noter, à l'intérieur de la poche kystique, en plus des formations vues antérieurement : du corps thyroïde, des ganglions nerveux, de la substance cérébrale.

C'est au niveau de la paroi que se développent les tumeurs conjonctives bénignes ou malignes.

c) *Les térotomes.* — C'est un dysembryome arrivé à sa différenciation maxima. C'est souvent une masse

bien encapsulée, dans laquelle on rencontre toutes les variétés de formations à un stade très avancé. C'est ainsi qu'on peut y voir du poumon, du pancréas, des glandes intestinales. Ces tumeurs ne subissent pas la transformation maligne.

Nous avons vu que les seules tumeurs kystiques rencontrées fréquemment, étaient les kystes tératoïdes qui correspondent au point de vue clinique au « kyste dermoïde ».

Ces tumeurs, par leur situation dans le médiastin se comportent comme des tumeurs malignes, car en dehors de toute transformation cancéreuse, elles s'accroissent, s'infectent et déterminent alors des troubles graves de compression.

Elles déterminent sur les organes environnants des lésions anatomiques telles que le refoulement considérable du poumon, le déplacement du cœur.

Elles peuvent donner naissance à des phénomènes de médiastinite par la sclérose dont elles s'entourent. Elles déterminent surtout des lésions pulmonaires soit par simple pression soit par perforation.

La plèvre surtout est lésée, ce sont dans les cas les plus favorables des lésions adhésives, mais ce sont surtout des complications infectieuse graves : des pleurésies purulentes.

La transformation maligne est rare (1/5 des cas) elle est caractérisée par l'apparition de tumeurs de la lignée conjonctive ; les épithélioma sont très rares. Lors-

que cette transformation maligne se produit, il y a métastase rapide dans tout le médiastin.

La situation anatomique de ces tumeurs est variable. Leur point de départ siège dans le médiastin antérieur mais par suite de leur accroissement, elles peuvent déborder sur les hemi-thorax, aller jusqu'au diaphragme et empiéter largement sur le médiastin postérieur.

Ces tumeurs ont presque toujours un pédicule mais lorsqu'elles ont grossi il est parfois difficile de l'identifier.

Chapitre III

PATHOGENIE

Marfan en 1891, délimitait la région des kystes dermoïdes de la façon suivante : en bas, la face antérieure du péricarde, en arrière les vaisseaux de la base du cœur et la bifurcation trachéale, en haut la base du cou, en avant le sternum. Cette fixité dans la localisation nous permet de conclure à une origine unique. Lannelongue et Achard ont démontré que ces kystes étaient tous congénitaux. Mais si l'on est d'accord sur l'origine, on discute beaucoup pour interpréter cette origine. De nombreuses théories ont été émises que nous allons rapporter.

1re *Théorie :*

« Les kystes dermoïdes sont dûs à un enclavement du tégument cutané de l'embryon dont une partie, restée en arrière, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait donné lieu à la formation d'un kyste ».

C'est Verneuil qui a exposé cette théorie en 1852,

elle fut combattue par Lannelongue qui pose deux objections :

Si le kyste dermoïde est simple la théorie peut se défendre mais s'il est compliqué, elle est en défaut.

De plus, il semble illogique d'admettre un tel enclavement sans qu'il existe de malformations thoraciques et jamais ces dernières n'ont été constatées.

2me *Théorie :*

La présence de thymus a fait émettre l'opinion d'une origine thymique. Mais si cette théorie pouvait avoir de la valeur lorsque l'on croyait le thymus d'origine ectodermique, elle perd tout crédit depuis que l'on sait (Bonn) que le thymus est d'origine endodermique.

3me *Théorie. Blastomérique :*

Elle a été émise pour la première fois par Bonnet en 1900. Wilms a fait des travaux nombreux sur cette question (1902). Lecène s'est fait, en France, le promoteur de cette théorie qui a été bien étudiée par Chevassu « La destinée des différents blastomères n'est plus déterminée par leur constitution même, mais par leurs rapports réciproques.

Tous les blastomères formés restent d'abord équivalents entre eux, et l'évolution de chacun d'eux dépend uniquement de la place qu'il occupe dans l'ensemble de ses relations avec les cellules voisines et avec le monde extérieur.

Admettons maintenant, dans la blastula, avec inclusion, un enclavement de l'un des blastomères primitifs ; ce blastomère évoluant pour son propre compte,

pourra donner inclus dans l'embryon, un embryon plus petit ou un embryon incomplet, dans les deux cas, un embryonne ».

La question est demeurée à l'état jusqu'en 1922 époque à laquelle Ménétrier et Peyron reprirent la question.

Pour ces auteurs les choses se passent de la façon suivante : les blastomères de l'œuf se divisent très tôt en deux éléments ; d'une part les éléments aux dépens desquels se formeront les feuillets blastodermiques, d'autre part les éléments qui formeront les glandes génitales. Ces derniers éléments ou gonoblastes se groupent d'abord entre l'endoderme et le mésoderme puis, elles gagnent le corps de l'embryon en traversant les ébauches organiques. Elles peuvent, au cours de cette migration, s'arrêter en un point, dans le médiastin par exemple, et si elles ne sont pas détruites donner au moment de la puberté une prolifération parthénogénétique.

Cette dernière théorie a le gros avantage d'expliquer pourquoi les symptômes s'accentuent au moment de la puberté.

Chapitre IV

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des kystes du médiastin est riche, pourtant cette affection ne se manifeste pas sous un aspect clinique précis permettant de l'identifier.

Si les symptômes sont nombreux, ils n'ont rien de caractéristique. Ce sont ceux des tumeurs du médiastin en général, mais moins accusés toutefois que dans les tumeurs malignes, on n'observe par exemple jamais d'œdème en pélerine. Il existe pourtant un signe pathognomonique des kystes du médiastin, c'est *l'expectoration de poils,* mais ce n'est pas un symptôme de début puisqu'il implique déjà l'existence d'une communication entre la bronche et la cavité kystique, et de plus, on ne l'observe que dans 1/5 des cas environ.

Le début est souvent insidieux ne donnant lieu à aucune manifestation morbide. D'autres fois, au contraire, le début est brutal et la présence du kyste der-

moïde est révélée par une complication. Cependant, il existe une symptomatologie de la période d'état. Les symptômes observés sont provoqués par deux phénomènes : la compression et l'irritation, mais il n'est pas possible d'indiquer quelle part revient à chacune des deux causes.

Nous allons d'abord examiner les signes que l'on peut observer à cette période d'état. Nous étudierons ensuite les complications.

I. — Signes Fonctionnels

1) *La douleur.* — Elle est variable dans son intensité et dans ses localisations. Elle siège le plus souvent aller d'un simple trouble de la parole à la parafois de sensations de plénitude du thorax ; elle est exacerbée par les efforts de toux. Certains malades signalent une diminution des phénomènes douloureux lorsqu'ils inclinent la tête en avant. Dans certains cas, cette douleur est brutale donnant l'impression d'un coup de poignard (Virchow). Parfois elle s'accompagne de sensations d'angoisse et revêt alors le type de la douleur angineuse. Certains auteurs ont signalé une irradiation douloureuse derrière la tête et vers l'aisselle.

2) *La toux.* — C'est une toux spasmodique d'intensité moyenne au début, elle devient quinteuse et extrêmement pénible. Cette toux, bien souvent augmente la douleur intra-thoracique.

3) *L'expectoration.* — A la période de début, cette expectoration est souvent de faible intensité ; elle tra-

duit simplement l'irritation de la muqueuse bronchique. L'expectoration abondante ne survient qu'à une période beaucoup plus avancée lorsqu'il y a communication du kyste avec une bronche. Nous y reviendrons lorsque nous étudierons les complications.

4) *Dyspnée.* — C'est elle qui souvent ouvre la scène, elle est progressive ; dyspnée d'effort au début qui se transforme en dyspnée spontanée très pénible pour le malade.

5) *Les hémoptysies.* — Celles-ci surviennent souvent à la suite d'un effort ou d'une quinte de toux, mais on est en droit de se demander si elles ne sont pas le fait de manifestations tuberculeuses associées.

6) *Troubles vasculaires.* — Ils sont caractérisés surtout par de la tachycardie. Dans certains cas on a noté de l'inégalité des pouls avec sensation d'engourdissement de la main. Certains troubles de la circulation veineuse ont été signalés au niveau du cou et du thorax ; enfin on a pu noter de l'œdème au niveau d'un membre supérieur.

7) *Troubles nerveux.* — Ces troubles nerveux se manifestent surtout au niveau du récurrent, ils peuvent aller d'un simple trouble de la parole à la paralysie complète d'une corde vocale (Krauss). Des troubles dans le domaine du sympathique ont été signalés ; Marfan a observé un syndrôme de Cl. B. Horner et French a vu un malade présentant des troubles vaso-moteurs localisés à la moitié de la face et caractérisés par l'impossibilité de rougir d'un côté du visage.

8) *Dysphagie.* — La dysphagie a été signalée dans quatre cas. Cette dysphagie était d'ailleurs assez fruste, caractérisée uniquement par un léger arrêt des aliments dans l'œsophage mais sans vomissements.

II. — Signes Physiques

1) *Matité.* — Dans un certain nombre de cas (54) on observe soit une matité bien définie dans la région sternale, soit une augmentation de la matité précordiale. On signalé aussi un déplacement de la pointe du cœur à gauche dans quinze cas, à droite dans onze.

2) *Signes pulmonaires et pleuraux.* — Les signes pulmonaires et pleuraux ne manquent presque jamais. Ces signes sont très importants, ils accompagnent presque toujours l'évolution des kystes médiastinaux alors même que ceux-ci n'ont encore donné aucune véritable complication pulmonaire ou pleurale par perforation. A la simple inspection du thorax, on note parfois une diminution de l'amplitude thoracique d'un côté. La palpation indique souvent une diminution des vibrations vocales correspondant au côté occupé par la tumeur. La respiration est parfois soufflante mais le plus souvent, on observe une obscurité respiratoire pouvant s'étendre à la presque totalité d'un champ pulmonaire. Dans de nombreux cas il y avait des signes de bronchite et des frottements pleuraux. Certains auteurs enfin ont cru observer des phénomènes pulmonaires pouvant en imposer pour une caverne.

SIGNES RADIOLOGIQUES

On est surpris en parcourant la littérature médicale de constater le peu de résultats positifs obtenus par la radiographie avant ces 15 dernières années. On trouve souvent cette idée exprimée à savoir qu'une radiographie a été pratiquée mais qu'elle n'a donné aucun résultat ou qu'elle a montré simplement l'existence d'une ombre mal définie. Les résultats ne doivent pas nous étonner, car la radiographie du médiastin n'est bien réglée que depuis ces 15 dernières années.

Actuellement, la radiographie a une importance capitale dans la symptomatologie des kystes médiastinaux.

La présence d'un kyste médiastinal est caractérisée par une ombre à bords nets mais à contour irrégulier dont les limites peuvent se confondre avec l'ombre cardiaque. On peut voir parfois à l'intérieur de la masse kystique des dents, des morceaux d'os ou des débris calcifiés.

L'examen de profil est indispensable pour localiser la tumeur en profondeur.

On peut enfin lorsque l'on soupçonne une communication bronchique pratiquer un lipiodol bronchique.

Chapitre V

COMPLICATIONS

Les complications du kyste dermoïde du médiastin apparaissent souvent à la suite de maladies infectieuses, une simple angine parfois.

Elles surviennent aussi au cours de la grossesse, soit tout à la période du début, soit après l'accouchement ; le sevrage paraît avoir une grosse répercussion sur l'évolution du kyste médiastinal.

Dans certains cas, les complications sont apparues à la suite d'efforts violents et plus particulièrement après un traumatisme sur la région thoracique. Cette dernière cause ne doit pas nous étonner si l'on songe qu'après un accroissement de la poche kystique, les parois antérieures de la tumeur reposent directement derrière le sternum. Ces complications peuvent se décomposer de la façon suivante :

1° Complications infectieuses ;
2° Adhérences ;
3° Ouverture ;
4° Dégénérescence maligne.

1) *Complications infectieuses.* — Les complications infectieuses ont une importance considérable puisque c'est d'elles que découlent la plupart des phénomènes graves observés au cours de l'évolution.

Le mode d'infection de la poche kystique n'est pas connu, mais nous savons que cette infection est très fréquente puisqu'on la rencontre dans 35 % des cas.

Elle se caractérise à la période de début par de la fièvre s'accompagnant de frissons, d'amaigrissement.

Les phénomènes infectieux durent pendant un temps plus ou moins long mais ils aboutissent inévitablement à un accroissement de la tumeur et à la production d'adhérences. Dès lors, la symptomatologie s'enrichit et on assiste à une exacerbation de tous les symptômes observés antérieurement. On comprend en effet que la présence d'une tumeur même histologiquement bénigne dans une région aussi importante que le médiastin produise au moindre accroissement et à la moindre réaction inflammatoire une répercussion considérable sur l'organisme. C'est pourquoi, si histologiquement ces tumeurs sont bénignes, il n'est pas possible de parler de bénignité clinique.

Cette infection va amener comme conséquence, les adhérences et à un degré de plus : la perforation.

2) *Les adhérences.* — Ce sont elles qui, comme nous l'avons dit précédemment intensifient les phénomènes d'irritation et de compression. C'est souvent à la suite d'une poussée thermique que le malade vient consulter parce que ses phénomènes douloureux ont

augmenté, sa toux s'est accrue, il présente une dyspnée plus marquée.

3) *Ouverture de la poche kystique.* — a) Elle peut se *faire à la peau.* L'ouverture se produit généralement dans la région cervicale inférieure, au-dessus de la fourchette sternale. La peau rougit, les douleurs s'accroissent et on a le tableau clinique de l'abcès chaud. C'est au moment de l'incision que l'on constate l'existence d'une poche kystique de laquelle on extrait des poils et parfois des débris tératoïdes. Si on laisse les choses évoluer il persiste une fistule qui n'a aucune tendance à la fermeture spontanée ; si par hasard cette dernière éventualité se produit, les phénomènes d'abcès chaud réapparaissent au bout d'un temps variable.

Dans un cas de Korner, la tumeur avait érodé le sternum.

b) L'ouverture peut se faire dans une bronche. C'est une éventualité malheureuse et assez fréquente (14 cas) car, les phénomènes pulmonaires ne tardent pas à apparaître. Le malade présente à ce moment tous les symptômes d'une suppuration intra-pulmonaire. La cavité kystique infectée peut se vider partiellement par l'arbre respiratoire, c'est dans ce cas qu'on observe le « crachement de poils », symptôme d'une grosse valeur. Parfois, on assiste à l'éclosion d'une véritable vomique qui peut en imposer pour un abcès pulmonaire.

c) La poche kystique peut s'ouvrir aussi dans la plèvre, c'est même une des éventualités les plus fré-

quentes et les phénomènes de pleurésie purulente dominent le tableau clinique. On pratique une résection de côte mais on constate qu'il n'y a aucune tendance à la guérison spontanée et c'est alors que la radiographie vient éclairer un diagnostic, difficile tant qu'existait l'épanchement pleural.

4) *Dégénérescence maligne.* — La dégénérescence maligne est rare, elle a été observée dans 12 cas ; 7 fois on a noté une transformation carcinomateuse, 5 fois une transformation sarcomateuse. Les métastases se sont produites dans le foie (5 cas), dans le poumon (3) et dans la plèvre (1 fois).

La transformation maligne est caractérisée par l'intensité des phénomènes généraux : le malade maigrit, il présente des signes de cachexis rapide et on constate alors tous les symptômes d'une tumeur maligne intra-thoracique. Les signes de compression sont très marqués et on peut assister à la perforation d'un vaisseau médiastinal.

Mais le kyste médiastinal peut en dehors des complications que nous venons d'observer avoir un retentissement général sur l'organisme, c'est ainsi qu'il prédispose aux affections pulmonaires chroniques et on a constaté à l'autopsie de sujets ayant présenté des kystes médiastinaux des lésions de tuberculose pulmonaire.

Chapitre VI

DIAGNOSTIC

Par le seul examen clinique, on ne pose jamais le diagnostic de kyste dermoïde du médiastin. La symptomatologie de ces kystes, en effet, est une symptomatologie d'emprunt. Les malades se présentent parfois comme bronchitiques, parfois comme des pleurétiques, d'autres fois enfin ils offrent une symptomatologie de compression médiastinale fruste. Nous avons vu les signes les plus habituels rencontrés au cours de l'évolution du kyste médiastinal ; un seul a une valeur pathognomonique considérable, c'est le crachement de poils. Il est le seul symptôme vraiment important ; nous avons vu malheureusement qu'il est rare et qu'il ne survient qu'après une évolution déjà longue de l'affection.

Si la clinique est impuissante à poser le diagnostic il n'en va pas de même pour la radiographie.

Le diagnostic de kyste dermoïde du médiastin est un diagnostic radiologique.

Il donne une image dont les caractères sont bien définis : les bords en son nets mais le contour de la tache sombre est moins précis. De plus, l'image peut se confondre avec le cœur et le diaphragme.

Il faudra avoir soin de prendre une radiographie d'arrière en avant, en plus de la radiographie de face afin d'apprécier les différences de dimensions de la projection tumorale. On peut ainsi avoir une idée assez exacte de la profondeur à laquelle se trouve la tumeur dans le médiastin.

L'examen radiographique est d'un appoint considérable pour la clinique mais certains examens peuvent contribuer aussi à étayer le diagnostic.

La bronchoscopie fut pratiquée 3 fois (Lilienthal, Hamman, H. Smith). Elle aide à localiser la tumeur et à indiquer le degré de compression de la bronche.

Les examens de laboratoire peuvent dans certains cas présenter une grosse utilité : dans 4 cas, on put, par l'examen des crachats, déceler des cellules épithéliales, des gouttelettes de graisse et surtout des cristaux de cholestérine. Ces mêmes éléments se retrouvent dans les écoulements provenant des fistules.

Enfin, l'examen histologique de la tumeur présente un très gros intérêt car il permet d'identifier exactement sa nature et d'y déceler parfois un début de transformation maligne.

Certains auteurs ont pratiqué des injections intra-

trachéales de lipiodol. Cette méthode permet, après radiographie de dévoiler la communication avec la poche kystique et lorsque cette communication existe d'en déterminer exactement les dimensions.

Diagnostic différentiel

Nous avons vu que le kyste médiastinal présentait des caractéristiques suffisantes à sa détermination mais cependant, il peut être confondu avec un certain nombre d'autres affections du médiastin que nous allons rapidement passer en revue.

Les médiastinites

a) Tuberculeuse. — Elle évolue chez des individus dont l'affection causale est connue. Elle donne des signes d'irritation des séreuses du médiastin. L'image radiologique n'aura rien de caractéristique.

b) Syphilitique. — Elle est presque toujours limitée au médiastin supérieur. Elle donne souvent des signes de compression surtout au niveau de la veine cave supérieure. Son image radiologique sera figurée par une opacité médiane débordant des 2 côtés du sternum, les contours seront flous, dentelés.

La pleurésie médiastine

Elle débute par une douleur sternale, qui peut au bout de quelques jours s'accompagner de voussure de la région.

Le cœur est déplacé ; les signes fonctionnels sont caractérisés par de la dyspnée, de la cyanose. La ter-

minaison se fait par une vomique ou par ouverture à la paroi. Nous voyons qu'il existe des points communs dans la symptomatologie du kyste médiastinal et dans celle de la pleurésie médiastine. La radiographie sera d'un très grand secours, elle montrera l'existence d'un épanchement triangulaire à contours limités.

Les ganglions

a) Tuberculeux.

Les seuls symptômes que l'on peut observer sont : la toux quinteuse, des crises asthmatiformes. Au point de vue radiologique, certains ganglions de primo-infection peuvent en imposer pour une image kystique, mais il y aura toujours la notion de la tuberculose causale.

b) Maladie de Hodgkin.

Sa symptomatologie dans les formes médiastinales est celle des tumeurs du médiastin. L'examen radiologique n'a rien de caractéristique. Seule la présence d'autres ganglions, et, leur examen, dans différentes régions permet de poser un diagnostic précis.

c) Adénopathies cancéreuses secondaires.

Les signes cliniques sont ceux des tumeurs primitives du médiastin ; les signes radiologiques décèlent une opacité d'étendue variable sur le médiastin.

Les tumeurs médiastinale

a) Tumeurs bénignes.

b) Tumeurs malignes.

a) Ces tumeurs bénignes ont une grosse importance

pour nous puisque ce sont elles qui se rapprochent le plus du kyste dermoïde.

Les lipomes, les fibromes et les kystes séreux congénitaux du cou avec prolongement médiastinal sont exceptionnels, nous ne nous y arrêterons pas.

Mais beaucoup plus intéressants pour nous sont les kystes hydatiques. Ils ne se développent pas primitivement dans le médiastin. Leur point de départ est intra-pulmonaire ou sous-pleural. Néanmoins, leur image radiologique présente de telles analogies avec l'image du kyste dermoïde médiastinal qu'il peut y avoir confusion. Les examens de laboratoire seront ici indispensables : on devra toujours pratiquer une réaction de Weinberg chaque fois que l'on soupçonnera l'existence d'un kyste dans le médiastin.

Les goîtres endothoraciques ne sont pas rares, mais on constate à l'examen sous écran qu'ils suivent tous les mouvements de la trachée, de plus, les contours de l'image goitreuse sont nets, circulaires.

b) Les tumeurs malignes. — Ce sont les plus fréquentes. Histologiquement ce sont surtout des sarcomes, des lympho-sarcomes. On observe rarement l'épithélioma.

Les manifestations cliniques se caractérisent par des signes de compression à allure rapide, il existe souvent des manifestations pleurales associées d'où la confusion parfois avec les kystes du médiastin. Mais nous savons que les kystes médiastinaux n'offrent pas souvent un syndrome de compression aussi riche que les tumeurs malignes.

L'examen radiologique ne permet pas de faire un partage entre la tumeur maligne et la tumeur bénigne, on a donné en effet comme signe distinctif le refoulement du poumon, mais nous avons vu combien fréquents étaient les déplacements pulmonaires lorsqu'il existe un kyste médiastinal. Il faut savoir que ces tumeurs malignes empruntent parfois une fausse image kystique. Le seul caractère radiographique qui permet de les différencier c'est l'évolution de la tumeur lorsque l'on fait des clichés à des dates rapprochées. Lorsque l'on s'adresse à une tumeur maligne, on observe des modifications importantes dans l'accroissement de la tumeur.

Les anévrysmes

Nous n'étudierons pas tous les signes cliniques propres à l'anévrysme aortique, mais nous pensons qu'il peut exister confusion entre un kyste du médiastin et un anévrysme à sa période de début avant que l'on ait pu constater l'existence d'une tumeur pulsatile, de l'inégalité des pouls ou un syndrome recurrentiel.

La radiographie n'est pas d'un très grand secours car elle donne de l'anévrysme une image kystique.

Plus intéressante est la radioscopie qui permet de constater l'expansion de la poche à chaque battement cardiaque lorsque l'on se trouve en présence d'un anévrysme ; mais il faudra se méfier car les kystes situés au contact de l'aorte peuvent avoir des mouvements synchromes aux pulsations cardiaques. Il faudra observer attentivement si en plus des battements il n'existe pas de mouvements d'expansion.

De cette étude du diagnostic différentiel un fait capital est à retenir : l'importance de l'examen radiographique. Cet examen devra être systématique, pratiqué de face et de profil afin d'indiquer non seulement la nature de l'affection mais encore de la bien situer.

Il ne faudra pas non plus négliger certains examens de laboratoire et pratiquer une réaction de Weinberg, rechercher l'eosinophilie sanguine et faire une cutiréaction chaque fois que l'on verra une image kystique médiastinale.

Chapitre VII

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un traitement du kyste dermoïde médiastinal, c'est le traitement chirurgical.

Nous avons vu en effet que l'évolution normale d'une telle formation amenait la mort dans la majorité des cas, soit par infection, soit par compression, soit par transformation maligne.

Aussi, comme l'a écrit Aurousseau « Lorsque le diagnostic est posé, l'indication opératoire en résulte immédiatement ».

Nous suivrons le plan de cet auteur pour exposer les diverses indications de ce traitement.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La découverte du kyste médiastinal est purement fortuite, et c'est dans cette éventualité que le problème peut paraître plus complexe. Il faut dans

ces cas, intervenir aussi précocement que possible et ne pas attendre l'apparition des complications. « Il me paraît assez normal, écrit Kuster, que des tumeurs bénignes du médiastin et en particulier des kystes dermoïdes, qui à cause de leur siège déterminent de graves dangers soit justiciables d'une intervention chirurgicale destinée à les extirper si le diagnostic a été fait à temps. L'intervention sera d'autant plus favorable qu'elle sera faite dans une période moins avancée de la maladie, car à ce moment, les tumeurs n'ont pas encore d'adhérences trop solides avec les organes du voisinage ».

2° On se trouve en présence d'un kyste ouvert dans les bronches ou fistulisé à la paroi.

Il faut intervenir aussi rapidement que possible, car si les accidents de compression diminuent d'intensité, les risques d'infection sont beaucoup plus considérables.

3° On se trouve en présence d'accidents aigüs de compression.

L'intervention doit être immédiate : palliative ou définitive, suivant l'état du malade ou les facilités d'extraction.

4° Le chirurgien se trouve en présence d'un kyste dermoïde du médiastin alors qu'il croyait intervenir pour une autre affection.

Ici encore, il faut pratiquer l'énucléation du kyste si cela est possible.

CHOIX DE LA METHODE OPERATOIRE

Les méthodes opératoires doivent être différentes suivant les cas. Elles dépendent en effet de la situation anatomique du kyste, de ses connexions et surtout des complications qu'il a déterminées. Il est certain que lorsque l'on se trouvera en présence d'une pleurésie purulente consécutive à un kyste médiastinal infecté, il faudra tenir compte non seulement de la lésion initiale, mais encore de la pleurésie. Dans tous les cas, il faudra considérer l'état général du malade et l'ancienneté des phénomènes morbides qu'il présente.

La méthode de choix, nous le verrons, est l'extirpation totale. Malheureusement, elle est loin d'être réalisable dans tous les cas. Force nous est donc de nous contenter d'opérations moins logiques.

Nous envisagerons successivement :

1° les opérations palliatives d'urgence ;

2° les incisions avec drainage de la cavité ;

3° les extirpations incomplètes ;

4° les extirpations totales.

1° *Les opérations palliatives d'urgence.* — Ce sont des malades en état d'asphyxie aiguë, que peut-on faire pour eux ? On peut évidemment aborder le kyste et le ponctionner, mais cette méthode présente un très gros inconvénient : le kyste, en effet, est souvent multi-

loculaire et on s'expose, comme dans le cas de Nandrot à n'évacuer qu'une partie du kyste laissant demeurer parfois la poche qui comprime des organes essentiels.

L'opération de choix paraît être la sternotomie médiane décompressive qui pallie aux accidents immédiats et qui permet d'autre part, une intervention ultérieure.

2° *Incision avec drainage.* — Elle est souvent la conséquence d'une erreur de diagnostic. On a méconnu l'existence d'un kyste médiastinal dans une pleurésie purulente et on s'est contenté de pratiquer un empyème.

D'autre fois, cette méthode a été utilisée lorsque le kyste était cervical et là encore, il y avait une erreur de diagnostic.

Certains auteurs ont conseillé la destruction de la poche kystique par des caustiques. Nous considérons cette méthode comme dangereuse et non efficace.

3° *Extirpation incomplète.* — Cette méthode ne peut s'expliquer que s'il y a impossibilité d'enlever en totalité le kyste par suite d'adhérences trop intimes à des organes tels que le cœur, l'aorte ou le péricarde.

Cette technique ne peut évidemment donner d'aussi bons résultats que l'ablation complète ; elle exige souvent une marsupialisation de la poche et entraîne des suppurations qui peuvent se prolonger fort longtemps.

De plus, la guérison ne s'obtient souvent qu'au prix de grosses déformations thoraciques.

4° *Extirpation complète.* — C'est la méthode de

choix, celle qu'on utilisera chaque fois que ce sera possible. Toutefois, il faut savoir limiter son intervention lorsque les adhérences sont trop serrées. Il est des cas (Von Eiselberg, P. Duval) où le volume du kyste empêchait l'énucléation directe. Il faut alors recourir à la ponction préalable et n'énucléer le kyste que lorsque son volume a suffisamment diminué.

Deux grands principes doivent régir cette méthode :

a) l'asepsie la plus minutieuse ;

b) l'hémostase soigneuse.

Le premier principe s'explique aisément quand on connait le danger de l'infection médiastinale. Le second découle de ce fait que les tamponnements dans cette région déterminent des déformations thoraciques nécessitant des interventions plastiques ultérieures.

La fermeture de la brèche opératoire doit être complète. Le drainage sera aussi restreint que possible. L'idéal est le drainage filiforme par un faisceau de crins.

CHOIX DE LA VOIE D'ABORD SUR LE MEDIASTIN

Cette voie d'abord dépend de la situation du kyste dans le médiastin.

Pierre Duval classe les kystes dermoïdes du médiastin antérieur en quatre groupes.

1° Kystes rétro-sternaux n'ayant pas quitté les limites du médiastin antérieur.

2° Kystes cervico-rétro-sternaux qui font le plus souvent saillie au cou.

3° Kystes médiastino-thoraciques.

4° Kystes thoraciques latéraux, développés en partie dans un des hémithorax et faisant saillie, recouverts par la plèvre médiastine, dans la cavité pleurale.

I. — Kystes Cervico-Retro-Sternaux

A) Ils peuvent s'enlever par la voie cervicale seule. Cette voie a été utilisée pour la simple incision avec drainage. Mais elle permet aussi d'énucléer complètement le kyste. Broca estime qu'on peut dans la majorité des cas, enlever ces kystes par la voie cervicale.

B) Ils peuvent s'énucléer par la voie cervicale prolongée sur le médiastin. Cette technique peut s'opérer de deux façons différentes : soit en faisant une résection sous-périostée du manubrium (Bardenhauer) soit en pratiquant une sternotomie verticale médiane partielle supérieure (Sauerbruch) descendant jusqu'à la hauteur du troisième cartilage costal. Dans cette dernière méthode, il faut ligaturer les vaisseaux mammaires internes et décoller le cul-de-sac pleural.

II. — Kystes Rétro-Sternaux et Médiastino-Thoraciques

Ces kystes s'abordent par la voie médiastinale anté-

rieure de façon différente, soit par la taille d'un volet, soit par la sternotomie.

A) *Taille d'un volet :*

Ce procédé est celui qui convient pour aborder le cœur mais il n'est pas favorable pour l'accès au médiastin antérieur.

Dans ce procédé de la taille d'un volet, il faut rejeter les lambeaux à pédicules interne, inférieur et supérieur parce que, d'une part ils amènent des troubles de vascularisation du lambeau par section de la mammer interne, d'autre part, ils donnent sur le médiastin un jour très insuffisant.

Les lambeaux à pédicule externe doivent être complétés par une résection du bord gauche du sternum (Lemaître).

B) *Sternotomie :*

1° *Sternotomie transversale.* — Friedrich fait la section transversale du sternum. Il incise à partir du bord supérieur de la 3e côte ; il prolonge son incision des deux côtés du sternum de 10 à 20 cm. Il sectionne le sternum et les cartilages sus et sous-jacents de chaque côté. Un crochet écarte les deux lèvres du sternum. Cette opération qui a le mérite d'être physiologique donne un jour insuffisant sur le médiastin (Kuttner).

2° *Sternotomie médiane et verticale.* — Elle se divise en 3 catégories :

a) les sternotomies partielles ;

b) les sternotomies totales ;

c) les sternotomies associées à la section d'une clavicule (Pr Lambret).

a) les sternotomies partielles comprennent les sternotomies supérieures que nous avons déjà étudiées et les sternotomies inférieures.

Ces sternotomies inférieures se pratiquent suivant plusieurs modalités : Hartmann Keppel sectionne la partie inférieure du sternum jusqu'au 4e espace intercostal mais ne sectionne transversalement le corps de l'os que sur la moitié gauche. Ce procédé est voisin du procédé employé pour pratiquer des volets précordiaux, il donne un jour insuffisant.

Vidal modifie cette méthode en faisant deux sections transversales complètes du sternum, la première au niveau du 2e espace intercostal, la deuxième au niveau du 5e espace. Le jour obtenu ainsi est considérable. Miginiac pratique l'incision transversale du sternum au niveau du 3e espace intercostal et sectionne le sternum verticalement jusqu'à l'appendice xyphoïde qu'il résèque.

b) Sternotomie totale. Elle fut pratiquée pour la première fois par Milton en 1897 pour l'ablation de ganglions tuberculeux. Cette intervention a été réglée par Aurousseau qui la pratique de la façon suivante :

1° Incision partant à deux travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale et descendant à deux travers de doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde.

2° On désinsère les muscles de l'appendice xyphoïde et on le résèque.

3° Section du sternum en commençant par en bas.

4° Mise en place d'un écarteur. Il utilise un écarteur de Hautcher ; on pratique l'écartement sans force.

5° Section du ligament inter-claviculaire.

6° Isolement des deux culs-de-sac pleuraux, costo-médiastinaux antérieurs. On commence au niveau de la partie inférieure dans le triangle rétro-xyphoïdien.

7° Décollement des plèvres médiastines. Il se fait aisément jusque sur les bords du péricarde.

8° Fermeture de la paroi.

c) Sternotomie médiane et verticale associée à la section d'une clavicule.

Nous décrirons cette technique d'après notre Maître M. Lambret qui l'a réalisée chez la malade dont nous donnons l'observation. Elle a l'avantage d'offrir un jour considérable sur le médiastin, car elle permet d'écarter au maximum le demi-volet thoracique du côté où la clavicule est sectionnée. M. Lambret a pû ainsi énucléer aisément un kyste profondément situé dans le médiastin, en haut et à gauche, derrière le dôme pleural. Par ce jour énorme ainsi obtenu il a pû non seulement enlever le kyste sans l'ouvrir, mais compléter cette exérèse par une hémostase soigneuse qui lui a permis de refermer sur un simple drainage filiforme.

Nous croyons que c'est grâce à cette facilité d'abord qu'il nous a été donné d'observer des suites opératoires particulièrement simples.

Voici cette technique (voir schéma) :

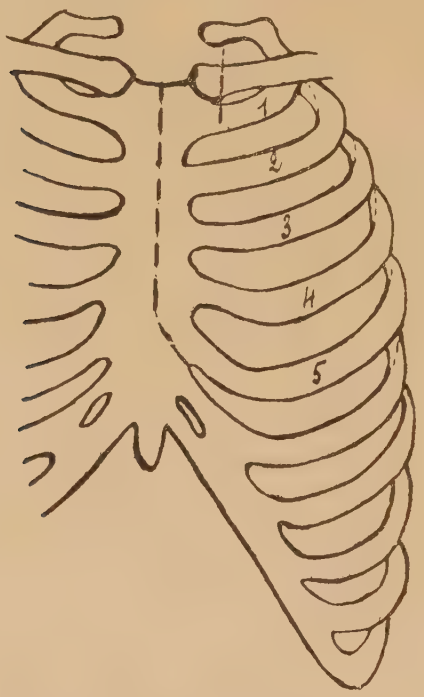

Schéma de l'incision du Pr. Lambret. — (La section de la clavicule est beaucoup plus à gauche que ne le montre la figure, elle est située en son milieu).

1° Incision cutanée en L renversée, la petite branche est parallèle à la clavicule, la branche verticale est médio-sternale ;

2° Section de la clavicule à la scie de Gigli à 5 cm. de son extrémité interne ;

3° Dénudation de la face antérieure du sternum ;

4° Sternotomie médiane verticale au ciseau frap-

pé. Dans sa partie inférieure, la section osseuse s'incurve pour rejoindre le 5e espace intercostal ;

5° Décollement progressif des éléments du médiastin comme dans les autres techniques.

Un écarteur est appliqué sur chaque lèvre du sternum et confié à un aide. L'écartement possible est considérable du côté de la section claviculaire.

Kystes Thoraciques Latéraux

Ces kystes s'abordent par la voie transpleurale après résection costale.

Deux méthodes sont en présence :

a) la première méthode consiste à faire un large volet thoracique par résection de plusieurs côtes. Cette méthode a l'avantage de donner un jour important mais il s'ensuit des brèches difficiles à combler et qui peuvent amener des hernies pulmonaires.

b) la deuxième méthode est celle pratiquée par P. Duval qui résèque une côte dans la région sous-mammaire sur une longueur de 12 à 15 cm. Il applique alors un écarteur thoracique qui lui donne un jour considérable. Cette méthode a l'avantage de lui procurer des résultats esthétiques parfaits. Dans ces techniques que nous venons d'étudier, deux problèmes importants se posent, c'est d'une part la possibilité du pneumothorax chirurgical et d'autre part l'infection pleurale éventuelle.

1° *Pneumothorax chirurgical.* — Sencert, dans sa

thèse, considère le pneumothorax chirurgical comme un écueil redoutable pour le chirurgien. Pour les anciens auteurs, ce pneumothorax considéré comme très dangereux était combattu par différents moyens ; les uns préconisaient l'insufflation pulmonaire (Lambotte, Tuffier, Doyen), les autres préconisaient l'abaissement de la pression intra-pleurale.

Cette première méthode a été expérimentée par Quénu qui fit respirer ses animaux dans l'air comprimé.

Plus tard, Brauer invente un appareil dans lequel la tête du malade est enfermée dans une cage de verre et soumis à une pression de 10 à 12 mm. de mercure.

La seconde méthode est allemande ; afin de rétablir le vide pleural certains chirurgiens n'ont pas hésité à enfermer leurs opérés dans une chambre pneumatique : la tête du malade restant en dehors de la chambre.

Cet appareil a été réalisé par Sauerbruch mais les complications qu'entraîne son emploi l'ont fait proscrire.

Actuellement, ces méthodes paraissent surannées et les chirurgiens n'ont plus cette crainte du pneumothorax chirurgical.

La plupart des auteurs français pensent que le pneumothorax chirurgical unilatéral n'est pas dangereux « il est le procédé qui assure la plus grande extension de la chirurgie intrathoracique par la liberté de manœuvre que le collapsus total du poumon donne dans la plèvre ou le médiastin ».

Toutefois, il peut être utile lorsqu'au cours d'une intervention on est appelé à ouvrir simultanément les deux plèvres d'avoir à sa disposition le matériel nécessaire à combattre un pneumothorax double.

2° *L'infection pleurale.* — L'infection possible de la plèvre était autrefois particulièrement redoutée... On sait qu'elle se défend mal contre les microbes. En 1906, Willems écrivait : « La grande réceptivité de la plèvre s'explique par son peu de tendance à produire des adhérences, par les mouvements incessants du poumon et le brassage de l'air et du sang qui en résulte. Enfin, par la difficulté d'éviter les espaces morts après les interventions en plèvre libre... », mais en opérant avec une asepsie minutieuse et rapidement, sans fausses manœuvres, il est facile de l'éviter. « La crainte de la plèvre, écrit Gosset, ira bientôt rejoindre celle du péritoine ».

A moins d'infection certaine, *il ne faut jamais drainer la plèvre ;* il faut la fermer aussi soigneusement que possible et après l'intervention aspirer l'air du pneumothorax. En effet, il a été démontré que le drainage pleural était à coup sûr suivi d'infection de la séreuse avec toutes ses conséquences.

INDICATIONS OPERATOIRES

Dans la pratique le problème se pose de la façon suivante : ou l'on se trouve en présence d'un malade présentant des signes exigeant une intervention d'ur-

gence, ou en présence d'un malade pour qui le diagnostic de kyste dermoïde est confirmé. Devant un malade présentant des signes d'asphyxie par suite de l'existence d'un kyste médiastinal, il faudra recourir à la sternotomie médiane décompressive. Nous savons en effet combien peut être dangereuse et inéfficace la simple ponction du kyste, nous n'y reviendrons pas.

L'élargissement de la cage thoracique associée aux médications habituelles du syndrome asphyxique suffit toujours à amener un soulagement immédiat. De plus, cette méthode a le gros avantage de préparer la voie pour une opération ultérieure.

Lorsqu'il n'y a pas de caractère d'urgence et que l'on peut choisir sa méthode opératoire, il ne faut pas hésiter à pratiquer une exérèse complète chaque fois que ce sera possible.

Trois cas peuvent se présenter :

a) le kyste est aseptique ;

b) le kyste est infecté ;

c) le kyste est infecté et communique avec une bronche.

a) Lorsque l'on se trouve en présence d'un kyste non infecté, l'extraction est rendue plus simple car on peut inciser sans crainte la plèvre, le péricarde, à la condition toutefois de les suturer immédiatement. On peut même vider le kyste avant de l'extirper s'il est trop volumineux.

Cependant, on sera obligé parfois de recourir à une exérèse limitée s'il existe des adhérences trop serrées

avec les gros vaisseaux. Il faut dans tous les cas faire une hémostase soignée afin d'éviter le tamponnement qui toujours amène la suppuration et les déformations thoraciques. Il faut de plus suturer minutieusement la plèvre si on a été amené à l'ouvrir au cours de l'intervention.

b) Le kyste est infecté. Lorsque le kyste est infecté, il est évident que le manuel opératoire se compliquera et ce, d'autant plus qu'il y aura souvent des adhérences serrées; mais ici encore, la méthode de choix est l'énucléation totale du kyste à la condition toutefois d'éviter l'ouverture du péricarde. Les suites opératoires seront évidemment moins simples car presque toujours on assistera à l'éclosion d'une pleurésie purulente ou à l'apparition d'une médiastinite. Cependant, dans la majorité des cas, les suites opératoires éloignées ont été favorables.

c) Le kyste est infecté et communique avec une bronche. La communication de la poche kystique avec une bronche est souvent la source de complications opératoires graves. Dans un cas rapporté par Hueuer, il s'en est suivi un pneumothorax suffocant amenant une issue fatale rapide. Nous croyons avec cet auteur qu'il est préférable de faire une opération en deux temps.

Dans un premier temps, il faut provoquer l'adhérence du poumon au point lésé à la paroi pariétale et enlever le kyste dans un second temps.

Résultats

Si nous examinons les résultats opératoires, nous voyons que les seuls favorables ont été obtenus par l'énucléation complète ; certes, dans quelques cas, il s'en est suivi des complications dûes uniquement à l'infection, mais l'ensemble des faits plaide nettement en faveur de l'exérèse totale du kyste du médiastin.

Nous avons recherché quels étaient les résultats donnés par ces différentes méthodes.

L'abstention opératoire nous montre que sur 49 cas non opérés, il y a eu 36 morts du fait de leur affection, 10 ont été découverts par l'autopsie, et 3 n'ont pas eu de suites connues.

Il y a eu 48 cas opérés, qui ont donné les résultats suivants :

a) *23 opérés par incision et drainage* parmi lesquels il y a 10 morts ; 7 séquelles ; 3 guérisons ; 3 résultats inconnus.

b) *5 opérés avec extirpation incomplète.*

Il y a eu pour tous ces opérés des suites opératoires qui ont nécessité une interventon secondaire.

c) *20 opérations complètes.*

2 décès : un par péricardite (kyste infecté et ouverture du péricarde), et un par pneumothorax (communication du kyste avec la bronche).

18 guérisons définitives.

CONCLUSIONS

Les kystes médiastinaux constituent une affection rare, à symptomatologie polymorphe : il n'existe vraiment qu'un symptôme cardinal : l'expectoration de cheveux. Aussi ne faut-il pas s'étonner si l'on est obligé d'avoir recours à la radiographie. C'est elle qui dans la majorité des cas guidera le clinicien lorsqu'il se trouvera en présence d'un individu jeune chez qui il constatera des signes d'irritation ou de compression des organes médiastinaux. Certes la radiographie peut dans certains cas prêter à confusion mais elle n'en demeure pas moins la clef du diagnostic.

Il est permis d'hésiter avant d'affirmer l'existence d'un kyste du médiastin mais lorsqu'il est décelé, on doit l'énucléer car il n'existe qu'un seul traitement : le traitement chirurgical. Il doit être appliqué aussi précocement que possible afin d'éviter les complications qui sont parfois imprévisibles et dont la plus fréquente et la plus redoutable est l'infection.

De nombreuses méthodes nous sont offertes ; nous avons vu précédemment les avantages que présentait la technique de Monsieur Lambret ; en donnant un jour plus grand sur le médiastin, elle permet d'opérer plus librement dans une région qui passe à juste titre pour une des plus difficiles à aborder.

VU, BON A IMPRIMER,

Le Président de la Thèse,
LAMBRET.

VU : *Le Doyen :*
DUBOIS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le Recteur de l'Académie :
CHATELET.

BIBLIOGRAPHIE

AUROUSSEAU. — *Rev. de Chir. Méd.* Bd IV.

BASTIANELLI. — *Riforma Médica,* May XX.

BENDZ. — *Hygiel, Stockholm,* 1915, vol. IXXVII.

BERDMANN. — *Prager Medicinische Wochenschrit,* 1898.

BIKHOVSSKI. — *Kiev Universitetskiia Izviestila* 1900, vol. XI, Protocoli.

BIRD. — *The Lancet* 1904, vol. II.

BELIN. — Observations d'un cas rare de kyste dermoïde du médiastin, Clermont.

BENDZ. — *Hygiea, Stockholm* 1915, p. 1336.

BEYE. — *Annals of Surgery,* May 1926.

BREMARD, SIMON, PARROCEL. — Kyste dermoïde du médiastin, Marseille Med, 1922.

BECKER and CAREY. — *Internat. Clinics* 1909, vol. IV.

BLACK et BLACK. — *Annals of Surgery,* 1918, vol. IXVII.

BOLBIO et GANAMA. — *Minerva med Torino,* 1925. Etude des kystes médiastinaux.

BUCHNER. — *Deutsche Klinik,* Bd. V 1853.

BUTLIN (Paget). — 1 *System of Surgery by Holms and Uulke* vol. II, 1883.

P. BULL. — Kyste dermoïde et tératome. 2 cas. *Norsk. Loegevidensk,* avril 1929.

BUYVID. — *Medizinskoje Obosrengi, Mosk* vol. XXXII, 189.

CONSTANTINI. — De la chirurgie des plaies récentes du cœur.

CAHEN. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. XXXI, 1890.

CARPENTER. — *The Lancet* 1906, vol. I.

CLOETTA. — *Virchow's Archiv* Bd. XX, 1861.

COLLENBERG. — Inaug. Dissert, Breslau 1869. *Archiv für Klinissche Chirurhie.* Bd. XII, 1871.

CORDES. — *Virchow's Archiv* Bd XXVI, 1859.

CLERC et DUVAL. — Kyste dermoïde du médiastin développé de l'hémithorax gauche. *Soc. Chirurg.* 1921.

CLUTTON. — *Trans. Path. Soc.* London, 1887.

CHRISTIAN. — *Jour. Med. Research* 1907, vol. XXVI.

CARDBICK. — *Arch. of Surgery*, October 1927, vol. XV.

CHRISTIE. — *Amer. Journ. Roent* 1921, vol. VIII.

CALVALCANTI. — *Trans. Internal Cong. Médicine*, London 1913, vol. XVII.

CEELEN. — *Virchow's Archiv.* 1912, vol. CCVII.

CHEVANU. — Tumeurs du Testicule. Th. Paris, 1906.

DARDIGNAC. — *Revue de Chirurgie*, t. XIV, 1894.

DANGSCHAT. — *Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, Bd. XXXVIII, 1903.

— *Beitrage zur Genese.* (Konigsberg), p. 80, Tubingen 1903.

— *Archiv. fur Klinische Chirurgie*, Bd. XXI, 1903.

DAVIES. — *Proc. Roy. Soc.* 1914-1915, vol. VIII, Part. I.

DE LA PRADE. — *Marseille Med.* 1918, vol. IV, p. 1016. Un cas de kyste dermoïde.

DARESTE. — Production des monstruosités, Paris 1891.

DELESERT. — *Internat. Clinics.* 1922, vol. II, p. 127.

DELAGENIÈRE. — *Congrès Chirurgie*, Paris 1906.

DOENITZ. — *Berlin Klin. Woch.* 1914, vol. Ii, p. 1483.

DUVAL et CLERC. — *Bull. et Mem. Soc. Med. des Hôp. de Paris*, 1921, vol. XIV.

DUVAL. — Les données actuelles de la chirurgie intra-thoracique en plèvre libre. *Presse Médic.*, Mai 1922.

EDELMAN. — *Vrach, Gaz, St-Pétersbourg*, 1904, vol. ii, p. 1003.

EKEHOM. — *Arch. fur Klinische Chirurgie*, Bd. IVI, 1898.

EWING. — *Neoplastic Disease*, 1919, Published by W. B. Saunders C°.

FAWCETT. — *Guy's Hosp. Gaz.* London 1906, vol. XX, p. 305.

FOUCHER. — Thèse Lille 1901.

FOFANOW. — *Kazansky Meditsinskiy.* Journal vol. ii, 1902.

FOA. — Morgagni Giomale Indirizzato al Progresso della Medicina, vol. XVI, p. 498, 1874.

FLETCHER. — *Trans. Path. Soc. London*, 1897, vol. XIViii, p. 249.

FRENCH. — *Proc. Roy. Soc. Med.* 1907-1908, vol. I, Clin. Sect. p. 93.

FORSTER. — *Virchow's Archiv*, Bd. Xiii, 1888.

FRANK. — *Proc. N.-York Path. Soc.* 1905, NSV.

FRIEDRICH. — *Zentral blatt für chirurg.* sept. 1910.

GULECKE. — *Bruns Beitrage zur klin chirurgie*, 1922.

GODLEE. — *Medico-chirurgical Transactions* (London), vol. IXXii, 1889.

GLASER. — *Langenbeck's Archiv* Bd. XVii, 1874.

GORCON. — *Medico-chirurg. Transactions*, 1825, vol. XIII.

GOEBEL et ONIG. — *Berl. Klin. Woch.* 1912, vol. X/IX. Un cas de kyste dermoïde médiastinal.

GRAHAM. — Principes qui découlent de chirurgie intra-thoracique. *Presse Méd.* Fév. 1923.

GRIFFIN. — *Boston Med. and Surg. Journ.* 197, vol. C/VI, p. 9.

HAMMAN. — *Med. Clin. of NXA.* 1917, vol. 1, p. 177.

HARRES. — *Inaug. Dissert. Zurich* 1892, p. 45.

HATTORI. — *Verhandlungen der Japanischen Phologischen Gesellsch.* Tokyo 1913.

HINMAN. — *Northivest. med. Seattle* 1908, vol. VI, p. 141.

HERMANN. — *Kutner in chirurgische operation Lehre de Bier-Kummel.* Band. II, Leipzig 1920.

HARRIS. — *Ohio State med. Jour.* 1919, vol. XV, p. 547.

HANTCHER. — Sternotomie médiane pour aborder le médiastin antérieur. *B. et M. S. Chir.* nov. 1922.

HATHAWAY. — *Proc. Roy. Soc. med.* Décember 1923, vol. XVII.

HERTURIG. — Embryologie.

HEUER G. — *Annals of surgery.* La chirurgie des kystes médiastinaux, 4 cas. oct. 1929.

JOEL. — *Virchow's Archiv* 1890, vol. CXXII.

JONES. — *Brit. Med. Jour.* 1880, vol. 1, p. 286.

JACOB. — *Bull. et Mem. Société Chirurgie* 1912.

KAHN. — *Journ. of Radiology* 1922, vol. iii, p. 93.

KAVANAGH. — *California and Western medicine*, October 1927, vol. XXVII.

KEASTLE. — *Munch. med. Woch.* 1909, vol. VI, p. 1952.

KAAASE. — *Centralbl. f. Allg. Path. Anat.* 1912, vol. XXIII, p. 146.

KORNER. — *Med. Klin. Berlin*, July 1918, p. 750.

KLIENSCHMIDT. — *Muenchener Med. Woch.* July 1920, p. 862. A propos d'une opération radicale de 2 kystes du médiastin.

KOERTE. — *Berliner Medicinische Gesellschaft, Situng am ii*, nov. 1891.

KRANS. — *Inaug. Dissert. Bonn.* 1893.

KRETZ. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, Bd. VI, 1893.

KUCKMANN. — *Inaug. Dissert.*, Marburg 1874.

KONIG. — Durckentlostende operation. *Beit. zur kli. chir.* Tubing 1914.

KOENIG. — *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*, Bd. ii, p. 45, 1889.

LEBERT. — *Vierteljahrschrift fur die praktische Heilkunde*, Bd. IX, 1858.

LAPEYRE. — Chirurgie intra-thoracique experimentale. Thèse Montpellier, 1913.

LOEWENMEYER. — *Berliner Klnische Wochenschrift*, Bd. XXV, 1888.

LANNELONGUE et ACHARD. — *Traité des kystes congénitaux.* Paris 1886.

LULIENTHAL. — Extirpation d'un kyste dermoïde du médiastin. *Surg. Clinics of N. A.*, December 1921.

LUSCHKA. — *Virchow's Archiv.* Bd. X, p. 500, 1856.

MASSON. — *Bull. et mem. Soc. An.* Paris 1913, vol. XXXVIII, p. 100.

MARCHAND. — *Zweiundzuanzigster Bericht der oberhenishen gesellschaft fur Natur und Heilkunde*, Giessen 1883.

MARFAN. — *Gaz. Hebd. de Med. et Chir.* 1891, t. XXVIII.

MADELUNG. — *Beitrage zür Klinischen Chirurgie* Bd. X/i, 1903.

MORRIS R. S. — *Médical News N.-Y.* 1905.

Mc Arthur and Hollister. — *Med. and surg. Rep. St-Tuke's Hosp.* Chicago, Sept. 1903.

Medoli. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, Bd. XXXIX, 1902.

Medvel. — *Owosi Hetil*, Budapest, 1901, vol. X/V.

Mandelbaum. — *Amer. Journ. of Medical Sciences* 1900. vol. CXX, p. 64.

Morone. — *Gazz. d Ospedale* 1909, vol. XXX, p. 673.

Monat. — *Brit Med. Journ.* 1909. vol. 1. Cas de kyste dermoïde suppuré.

Morestin. — Kyste dermoïde du médiastin. *Bull. et mem. Soc. Chirurg.* Paris 1910, vol. XXXVI.

— *Bull. Soc. Anat.* Paris 1912, vol. /XXXVII, p. 395.

Mac Eiven. — *The Lancet* 1913, vol. ii, p. 144.

Moons. — Kyste dermoïde du médiastin antérieur. *Arch. franco-belges de chirurg.* Brux. 1922, vol. XXV.

Munz. — *Alber's Pathologische Anat.*, Bonn, 1833-1846.

Murphy. — *Jour. of Radiology*, 1922, vol. iii, p. 8.

Nandrot. — Thèse Paris 1907.

Naëgeli. — Extirpation d'un kyste dermoïde du médiastin. *Beitrage zür Klinischen Chir.*, 1918, vol. XXV.

Nicholson and Tourreilles. — *Semana Med.* 1926, vol. XXXiii.

Nobling. — *Aerztliches Intelligenz Blatt*, Bd. XVI, 1869.

Nordman. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1906, vol. XXXII.

Ogle. — *Proc. Roy Soc. Med.* 1907-1908, vol. Clin. Sect.

Opokin. — *Rus Arch. f. Chirur. Abstract in Zentralb. f. Chirurg.*, 1908, vol. XXV, p. 144.

Ogle. — *Trans. of Path. Soc. of London*, vol. X/VIII; 1896-97.

PERVES et OUDARD. — Kyste dermoïde du médiastin antérieur. *Arch. de med. et Ph. nav.* Paris 1914, vol. ii.

POLLACK. — *Virchow's Archiv* Bd. vol. XV, 1901.

POHL. — *Deutsche Ztschr. f. Chir.* 1914, vol. CXXX.

PRYM. — *Frankfurter Zeitschrift fur Path.* 1914, vol. XV.

PINDERS. — *Inaug. Dissert.*, Bonn. 1887.

PFLANZ. — *Zeitschrift fur Heilkunde*, Bd. XVII, 1896.

PREDTSCHENSKI. — *Pratitscheski Wratsh.* St-Pétersbourg, vol. II, 1903.

RAUTENBERG. — *Dissertation Konigsberg* 1903, p. 39.

RASPAIL. — Thèse Montpellier, 1914.

RITCHIE. — *Trans. Obst. Soc.* London, 1903, vol. X/V.

ROBERTSON. — Kyste dermoïde, oct. 1929.

SCHMIEDEN. — *Arch. Klin. Chirur.* 1924, vol. CXXIX.

SCHLEIER. — *Jour. A. M. A.* Avril 1925, vol. IXXXIV, p. 1038.

SMITH and STONE. — Kyste dermoïde probable du médiastin antérieur. *Annals of Surgery* 1924, vol. IXXIX, p. 687.

SMITH, HARMON. — *Laryngoscope*, 1925, vol. XXXIV, p. 919.

SAILER. — *Med. Clinics of N. A.* juin 1923, vol. VI.

STERN. — *Deut. Med. Woch.* Bd. XXX, 1904.

SIROTIN. — *Kirurgia*, Moscou 1914, vol. XXXV, p. 208.

SCHUSTEROWNA. — *Gaz. ek. Warszawa* 1913-25, vol. XXXIII, p. 355.

SIEBER. — *Virchow's Arch.* 1910, vol. CCII, p. 272-282.

SELBY. — *Bri Med. Journ.* 1906, vol. i, p. 621.

SHAW. — *The Lancet* 1905, vol. II, p. 1325.

SHOSTAK. — *Wratschebnaja Gazeta St-Petersbourg*, vol. XI, 1904.

SORMANI. — *Gazetta Ospedali*, n° 40, 1890.

SANGALI. — *Rendiconti del R. Instituto Lombardo* Sein II.

SMYTHE. — *The American Practitioner*, vol. XIX, 1879.

SALOMONSEN. — *Schmidt's Jahrbucker der gesammten medicin.*, Bd. CXXIV.

SPATH. — 1836.

TURK. — *Weiner Klinische Wochenschrift*, Bd. XVI, 1903.

VIDAL. — Plaie du cœur par coup de couteau. *Bul. et M. S. Chirg.*, février 1923.

VILLARD. — 1869.

VIRCHOW. — *Archiv.* Bd. LIII, 1871.

VON TOROK. — *Zietschrift fur Heilkunde*, Bd. XXI, 1900.

WHITE. — *Transactions of the Pathological Society of London*, vol. XII, 1889-90.

WHARTIN. — Cité par Morris.

WHITTEMORE. — *Arch. of Surg.* 1923, vol. VI, p. 282.

WHARTIN. — *Ref. Handb. Med. Sc. N.-Y.* 1917, vol. VIII.

WILMS. — *Deuts. Arch. f. Klin. Med.* Bd. IV, 1895.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION I

CHAPITRE I

Observations 3

CHAPITRE II

Anatomie-Pathologique 119

CHAPITRE III

Pathogénie 123

CHAPITRE IV

Symptomatologie 127

CHAPITRE V

Complication 133

CHAPITRE VI

Diagnostic 137

CHAPITRE VII

Traitement 145

CONCLUSION 161

BIBLIOGRAPHIE 163

IMPRIMERIE G. SAUTAI
LILLE-PARIS-BORDEAUX